NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
Washington



Founded 1836

U. S. Department of Health, Education, and Welfare
Public Health Service

Filatoff

263/212

ЛЕКЦІИ
ОБЪ
ОСТРЫХЪ ИНФЕКЦІОННЫХЪ БОЛѢЗНЯХЪ

412

У ДѢТЕЙ.

Выпускъ II.

Нила Филатова,

приватъ-доцента дѣтскихъ болѣзней въ Москов. университетѣ и ординатора Московской дѣтской больницы.

Filatov, N. F.



МОСКВА. 1887.

Складъ изданія въ книжномъ магазинѣ А. Лангъ.

W/S
F479L
1887
vyp. 2

Типографія А. И. Мамонтова и К⁰, Леонтьевскій пер., № 5.

СОДЕРЖАНІЕ.

Стр.

Стр.

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Появленіе въ свѣтъ этого 2-го выпуска моихъ лекцій замедлилось отчасти не по моей винѣ. Желая провѣрить нѣкоторые спорные вопросы при постели больныхъ, я не приступалъ къ работѣ, въ ожиданіи скораго открытія нашей дѣтской больницы на Бронной. Прошло, однако, два года и въ результатѣ выяснилось только, что больница эта откроется еще не скоро, да къ тому же, если и откроется, то безъ контагіознаго отдѣленія и потому ждать дольше, было ужъ не къ чему.

Какъ при составленіи 1-го выпуска, такъ и теперь я имѣлъ въ виду главнымъ образомъ нужды практическаго врача и потому не вдавался въ разборъ спорныхъ теоретическихъ вопросовъ, которымъ удѣлялъ вообще довольно мало мѣста. Въ спеціальной части, напр., я ничего не говорю о микотической теоріи происхожденія болѣзней, такъ какъ при настоящемъ состояніи нашихъ знаній, мнѣ приходилось бы при описаніи каждой болѣзни, составляющей содержаніе этого выпуска, повторять одну и ту же фразу, что хотя при данной болѣзни и найдены такіе-то и такіе микроорганизмы, но этіологическое ихъ значеніе пока еще недоказано.

Въ составъ этого выпуска не вошли между прочимъ двѣ такія опасныя болѣзни, какъ азіатская холера и эпидемическое воспаленіе мозговыхъ оболочекъ. Такой пробѣлъ объясняется просто на просто тѣмъ, что объ этихъ процессахъ я ничего не могъ бы сказать какъ очевидецъ, такъ какъ почти не видалъ ихъ, а переписывать изъ другихъ руководствъ считалъ не интереснымъ.

Москва.
1887. Іюня 4-го дня.

ОСТРЫЯ ИНФЕКЦІОННЫЯ БОЛѢЗНИ.

Общая часть.

Подъ именемъ инфекціонныхъ болѣзней мы понимаемъ такія заболѣванія организма, которыя происходятъ вслѣдствіе внѣдренія въ него особыхъ специфическихъ ядовъ, извѣстныхъ подъ именемъ инфекціонныхъ веществъ. Отъ обыкновенныхъ химическихъ ядовъ инфекціонныя вещества рѣзко отличаются своей способностью размножаться въ организмѣ или внѣ его, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ до безконечности передаваться отъ больного здоровымъ. Специфичность яда состоитъ въ томъ, что ядъ какой-либо болѣзни всегда производитъ только ту же самую болѣзнь, а не какую нибудь другую.

По ученію Pettenkofer'a одни изъ этихъ болѣзненныхъ агентовъ размножаются и происходятъ въ самомъ заболѣвшемъ организмѣ, т. е. энтогенно, а другіе внѣ его и притомъ независимо отъ прежде заболѣвшаго организма—эктогенно; первые онъ называетъ *контагіями*, вторые—*міазмами*. Хотя въ настоящее время такое различіе уже не можетъ имѣть того значенія, какъ прежде, такъ какъ несомнѣнно, что и чисто міазматическіе яды способны размножаться въ организмѣ (удачные опыты Дохмана и Gerhardt'a съ прививкой жидкости изъ пузырьковъ herpes'a при болотной лихорадкѣ), но тѣмъ не менѣе эти два термина и до сихъ поръ имѣютъ полное право гражданства, такъ какъ контагій от-

личается отъ міазмы еще и другими свойствами; ядовитыя вещества, извѣстныя подъ именемъ контагія, имѣютъ способность передаваться отъ заболѣвшаго организма здоровому и заражать его, т. е. производить ту же самую болѣзнь и при этомъ снова размножаться въ немъ, тогда какъ міазмы не передаются отъ больного здоровому. На основаніи этого свойства яда, всѣ инфекціонныя болѣзни могутъ быть раздѣлены на двѣ большія группы: на *контагіозныя*, или заразительныя, и *міазматическія*, или незаразительныя. Міазматическія болѣзни дѣлятся опять на двѣ группы, смотря потому, имѣетъ ли міазма свойство быть переносимой съ мѣста своего происхожденія въ другую мѣстность и тамъ размножаться, производя новыя заболѣванія, или нѣтъ. Первыя Pettenkofer называетъ переносимыми міазматическими болѣзнями и образчикомъ ихъ считаетъ холеру, а вторыя—непереносимыми, куда относится, напр., болотная лихорадка. Болѣзни, относящіяся къ послѣдней изъ этихъ группъ, называются также *чисто міазматическими*, въ отличіе отъ болѣзней первой группы, извѣстныхъ подъ именемъ *контагіозно міазматическихъ*. Относительно послѣднихъ предполагается, что хотя самъ по себѣ больной и не заразителенъ, но онъ носитъ въ себѣ или выдѣляетъ съ испражненіями зародыши заразы, которые, попавъ въ подходящую почву и доразвившись уже внѣ организма, производятъ новые случаи заболѣванія.

Если ядъ какой-либо болѣзни можетъ передаваться только при непосредственномъ соприкосновеніи здороваго организма съ больнымъ или съ выдѣленіями, то его называютъ постояннымъ или фиксированнымъ ядомъ, т. е. не летучимъ, если же ядъ сохраняетъ свою силу, будучи взвѣшеннымъ въ воздухѣ (передается черезъ воздухъ), то его называютъ летучимъ.

Къ числу контагіозныхъ болѣзней съ летучимъ ядомъ относятся всѣ сыпныя горячки, каковы: скарлатина, корь, оспа и др., а также сыпной и возвратный тифы, гриппъ, заушница, коклюшъ, дифтерія и, по нѣкоторымъ, кровавый поносъ.

Къ группѣ контагіозно-міазматическихъ болѣзней принадлежатъ брюшной тифъ, холера и цереброспинальный менингитъ, по нѣкоторымъ кровавый поносъ. Къ чисто-міазматическимъ — болотная лихорадка и, по Liebermeister'у—острый сочленовный ревматизмъ, крупозная пневмонія, язвенный эндокардитъ, остеоміэлитъ и простые микозы.

Въ силу своей этіологіи, инфекціонныя болѣзни рѣдко встрѣчаются въ видѣ одиночныхъ или, какъ принято выражаться—спорадическихъ случаевъ, обыкновенно же въ данной мѣстности скопляется значительное количество одноименныхъ заболѣваній, составляющихъ *эпидемію*; а если эпидемія занимаетъ очень большую территорію, то ее называютъ *пандеміей*.

Каждой опредѣленной формѣ изъ инфекціонныхъ болѣзней соотвѣтствуетъ одной ей только свойственный специфическій ядъ, который, разъ появившись на свѣтъ, распространяется далѣе подобно тому, какъ это бываетъ и въ мірѣ животныхъ, но до развитія эпидеміи дѣло доходитъ не всегда, а только при существованіи условій, особенно благопріятныхъ для размноженія и дѣйствія яда. Къ сожалѣнію, условія эти намъ, въ большинствѣ случаевъ, неизвѣстны; мы можемъ только предполагать, что большую роль играютъ при этомъ свойства воздуха, почвы и воды.

Есть болѣзни, для которыхъ извѣстная мѣстность, болѣе или менѣе ограниченная, можетъ считаться родиной, такъ какъ здѣсь эта болѣзнь не переводится или, по крайней мѣрѣ, послѣ короткихъ перерывовъ вновь появляется *безъ новаго заноса* яда. Такого рода болѣзни называются *эндемическими* для данной мѣстности. По временамъ эндемическая болѣзнь усиливается до степени эпидеміи, причемъ нерѣдко случается, что болѣзнь распространяется далеко за границы своего постояннаго мѣста пребыванія и появляется въ новомъ мѣстѣ или въ видѣ спорадическихъ случаевъ или и здѣсь тоже въ видѣ эпидеміи. Для примѣра укажемъ на холеру, эндемическую на берегахъ Ганга, но дѣлающую иногда опустошительныя шествія черезъ всю Европу.

Контагіозныя болѣзни распространяются, главнымъ образомъ, посредствомъ передачи заразы отъ больного здоровому,

а относительно развитія и распространенія контагіозно-міазматическихъ болѣзней, въ наукѣ имѣются двѣ наиболѣе распространенныя теоріи, а именно — *теорія почвенной воды* и *теорія воды для питья*.

Первая теорія принадлежитъ Pettenkofer'у. Его изслѣдованія по поводу холеры въ Баваріи привели его къ тому заключенію, что, во 1-хъ, всѣ мѣста, гдѣ была эпидемія холеры въ 1854 году, отличались порозной почвой, въ которой почвенная вода встрѣчалась на незначительной глубинѣ и, во 2-хъ, что въ мѣстностяхъ, верхній слой почвы которыхъ былъ не проницаемъ для воды, холера или вовсе не встрѣчалась или появлялась лишь въ отдѣльныхъ случаяхъ, но никогда въ эпидеміяхъ.

По мнѣнію P. не порозность почвы само по себѣ и не почвенная вода имѣютъ значеніе для развитія эпидемій, а колебанія уровня этой воды, поддерживающія извѣстную степень влажности почвы. Онъ нашелъ, что во многихъ мѣстахъ развитію эпидеміи холеры въ 1854 г. предшествовало ненормально высокое стояніе почвенной воды. Но это различная влажность порозной почвы играетъ роль въ развитіи холеры лишь въ томъ случаѣ, если почва пропитана органическими остатками, что встрѣчается, конечно, вездѣ, гдѣ живутъ люди. Такимъ образомъ, по теоріи P. для развитія холеры или какой-либо другой контагіозно-міазматической болѣзни необходимы слѣдующія условія: 1) специфическое заразное вещество, способное разноситься больными людьми; 2) порозная почва, проницаемая на извѣстную глубину для воздуха и воды; 3) скопленіе въ почвѣ органическихъ веществъ, въ особенности остатковъ испражненій; 4) временныя и значительныя колебанія въ степени влажности такой почвы, отъ различнаго стоянія уровня почвенной воды, причемъ пониженіе его послѣ значительнаго *maximum*'а соотвѣтствуетъ наибольшей опасности, и въ 5) расположеніе жителей данной мѣстности къ заболѣванію.

Теорія P. нашла себѣ сильную поддержку въ изслѣдованіяхъ Buhl'я и Wagus'а относительно брюшного тифа. Сравнивъ смертность отъ брюшнаго тифа въ Мюнхенѣ по мѣся-

цамъ въ промежутокъ времени отъ 1850 по 1867 года съ таблицей стоянія почвенной воды, составленной P. за то же время, они нашли (Buhl для смертности отъ тифа въ общей городской больницѣ, а Wagus во всемъ городѣ), что наибольшая смертность отъ тифа совпадала съ временами самаго низкаго стоянія воды и, на оборотъ, высокому уровню воды соотвѣтствовала наименьшая смертность. Buhl заключилъ изъ этого, что специфическая причина брюшного тифа, какъ и холеры, находится въ почвѣ и что при пониженіи уровня почвенной воды, большія количества гніющихъ органическихъ веществъ обнажаются, а при повышеніи уровня воды, онѣ заливаются и содержащіеся въ нихъ зародыши заразы дѣлаются безвредными.

Зародыши болѣзни проникаютъ изъ почвы въ наши жилища вѣроятно, не при помощи почвеннаго воздуха, такъ какъ изслѣдованія многихъ бактеріологовъ показали, что почва такъ хорошо задерживаетъ микроорганизмы, что въ почвенномъ воздухѣ присутствіе ихъ не могло быть доказанно. Съ другой стороны изъ опытовъ Emmerich'a и Zoyka извѣстно что вода, поднимающаяся въ капиллярныхъ порахъ мелкозернистой почвы, всегда увлекаетъ съ собой (и при томъ на значительную высоту) микроорганизмы въ большомъ количествѣ, а потому нужно думать, что передвиженія микробовъ въ порахъ почвы совершается не при помощи почвеннаго воздуха, а посредствомъ восходящаго тока воды, почти постоянно существующаго въ мелкихъ, капиллярныхъ порахъ почвы (Эрисманъ. Курсъ гигіены. Т. I. 1887, стр. 301).

Теорія почвенной воды можетъ быть примѣнена и для болотной лихорадки, такъ какъ извѣстно, что малярія нерѣдко появляется въ прежде свободныхъ отъ нея мѣстностяхъ, послѣ новодненій, послѣ искусственно образуемыхъ стоячихъ водъ и т. п. и, на оборотъ, лихорадочная мѣстность дѣлается здоровой послѣ полнаго осушенія почвы или послѣ обильныхъ дождей, переполняющихъ болота водой.

Теоріи Pettenkofer'a противопоставляется другая теорія, по которой инфекц. болѣзни распространяются, главнымъ образомъ, водой служащей для питья (Trinkwassertheorie). По-

мимо единичныхъ фактовъ заболѣванія, напр. тифомъ, нѣсколькихъ человѣкъ, пившихъ воду подозрительнаго колодца и прекращенія мѣстной эпидеміи вслѣдъ за закрытіемъ его, въ пользу этой теоріи приводятся и статистическія данныя изъ большихъ городовъ, данныя показывающія заболѣваемость и смертность отъ тифа за нѣсколько лѣтъ до устройства водопровода и за нѣсколько лѣтъ послѣ этого. Такія статистическія данныя имѣются, напр., для Вѣны. Въ 1873 г. въ Вѣнѣ былъ построенъ водопроводъ, приносившій воду въ городъ изъ мѣстности, лежащей верстахъ въ ста отъ него. Въ теченіе 10-и лѣтъ, предшествовавшихъ устройству водопровода, въ общей Вѣнской больницѣ умерло отъ тифа 6850 случаевъ, т. е. въ среднемъ 685 сл. въ годъ, причемъ minimum въ 250 сл. встрѣтился въ 1864 году, а max.—1530 сл. въ 1871-мъ. Въ 1873-мъ водопроводъ еще не былъ готовъ и число смертельныхъ случаевъ тифа въ этомъ году было—700. Въ теченіе слѣдующихъ 10 лѣтъ смертность отъ тифа равнялась 2896 сл. или 289 въ годъ (уменьшилась на 58%). Но если сравнить пятилѣтія, именно отъ 1874 по 78, когда въ предмѣстіяхъ Вѣны водопроводной воды еще не было, съ слѣдующимъ пятилѣтіемъ, когда вода была проведена и туда, то окажется, что на первое пятилѣтіе приходится 1840 сл. (368 въ годъ) а на второе только—1056 (211 въ годъ). Въ 1883 г. было 186 сл., а въ 84-мъ только 96.

Подобные факты объясняются тѣмъ, что вода для питья можетъ служить средствомъ для распространенія заразы, если въ нее какимъ-нибудь образомъ попадетъ специфическій ядъ той или другой болѣзни.

Въ подтвержденіе теоріи воды для питья, справедливость которой энергично оспаривается многими, и въ томъ числѣ проф. Эрисманомъ (l. c T. I, стр. 202 и слѣд.), я приведу здѣсь данныя относительно послѣдней эпидеміи холеры въ Испаніи и Италіи, заимствованныя мной изъ статьи Рабчевскаго (Врачъ, 1886. № 5, стр. 95) и которыя кажутся мнѣ довольно убѣдительными, хотя и противъ нихъ противники теоріи питьевой воды могутъ представить свои возраженія,

хотя бы ужь потому, что въ заподозрѣнной водѣ Koch'овскихъ запятыхъ не было найдено.

„Весьма наглядный примѣръ вліянія загрязненія воды на появленіе эпидеміи холеры представляетъ, по свидѣтельству Рапчевскаго, городъ Caravanchel Bajo, близь Мадрита. Двѣ части этого городка снабжены водой изъ двухъ различныхъ источниковъ, лежащихъ за городомъ; вода проведена изъ нихъ въ два главныхъ городскихъ фонтана посредствомъ закрытыхъ, но не имѣющихъ искусственныхъ стѣнъ рвовъ; тѣмъ не менѣе загрязненію она не подвергается и городъ пользуется вообще хорошей водой для питья. Отдѣльные случаи холеры были въ Carav. Bajo еще весною, но эпидеміи въ полномъ значеніи слова все же не было. Такъ дѣло шло до 9-го сентября, когда жители улицы Colle de Madolena и нѣсколькихъ сосѣднихъ съ нею, пользовавшіеся водой изъ фонтона de la Mina, были поражены эпидеміей; въ этотъ день заболѣло и умерло въ теченіе сутокъ 20 человѣкъ, тогда какъ другая часть города, бравшая воду изъ другого источника, оставалась попрежнему благополучной. Обстоятельства, предшествовавшія взрыву эпидеміи въ Car. Bajo, были таковы: съ 5 по 6 сент. была гроза и сильный дождь, вслѣдъ за которымъ замѣтно было сильное помутнѣніе воды въ de la Mina, продолжавшееся до 9 го сент., когда вспыхнула эпидемія и источникъ этотъ былъ затѣмъ закрытъ (10 сент.). Передъ грозой, 3-го сент. въ Car. Bajo былъ смертный случай отъ холеры. Осмотръ источника de la Mina и канала, по которому вода проведена въ городъ, выяснилъ, что послѣдній, въ полѣ за городомъ, проходитъ у подножія холма, на которомъ находится городское кладбище, причемъ надо замѣтить, что холерные хоронились на склонѣ холма, обращенномъ именно къ этому каналу. Эпидемія, ограничившаяся частью города, пользовавшеюся водой de la Mina, стала тотчасъ-же уменьшаться, какъ только закрыли подозрительный источникъ и въ общемъ длилась не болѣе недѣли.

Возьмемъ еще другое наблюденіе, относящееся къ Prades. Изъ 80-и бывшихъ здѣсь случаевъ холеры, 76 имѣли мѣсто въ кварталѣ Pérou. Это длинная улица, снабжаемая водой

изъ 2 фонтановъ—St. Côme и des Chiens, находящихся на 2 противоположныхъ концахъ улицы; всѣ заболѣвшіе пили воду этихъ фонтановъ. По срединѣ улицы находится колодезь, водой котораго пользовалась средняя часть улицы и между этими лицами не было ни одного случая холеры. На одномъ концѣ улицы Pérou, гдѣ лежитъ фонтанъ des Chiens, случаи холеры были въ каждомъ домѣ, за исключеніемъ небольшой группы домовъ, пользовавшихся водой изъ отдѣльнаго частнаго колодца.

На другомъ концѣ улицы Pérou, гдѣ находится фонтанъ de Côme, имѣется вторая, параллельная улица; часть этой улицы, лежащая ближе къ фонтану, пользовалась водой послѣдняго, и случаи холеры были здѣсь многочисленны; другая же часть этой улицы, болѣе удаленная отъ фонтана, пользовалась водой колодца и ни одного случая холеры здѣсь не было. Нужно замѣтить, что первый случай холеры былъ занесенъ въ Prades ребенкомъ, пріѣхавшимъ изъ Bauleternère, гдѣ была эпидемія. Ребенокъ этотъ умеръ въ гостинницѣ, изъ подвальнаго этажа которой вытекала канава, протекавшая затѣмъ по улицѣ Pérou. Вода этой канавы, какъ показало изслѣдованіе, загрязняла постоянно фонтанъ des Chiens".

Въ виду подобныхъ фактовъ, (которыхъ въ работѣ Рапч. приведено нѣсколько), я думаю, можно считать за доказанное, что съ водой, служащей для питья, въ организмъ могутъ попадать заразныя вещества различныхъ болѣзней, т. е. что теорія питьевой воды имѣетъ такое-же право на существованіе, какъ и почвенная теорія Pettenkofer'a, тѣмъ болѣе, что обѣ эти теоріи вовсе не исключаютъ другъ друга.

Интересны также случаи распространенія эпидемій (даже и чисто контагіозныхъ болѣзней, напр., скарлатины) молокомъ. Подобныхъ эпидемій описано довольно много, особенно въ Англіи.

Зараза, попавъ въ организмъ, проявляетъ свое вліяніе не сразу, а между моментомъ зараженія и наступленіемъ болѣзни проходитъ нѣсколько дней, а иногда даже недѣль, во время которыхъ зараженный субъектъ кажется совершенно здоровымъ; этотъ промежутокъ времени между моментомъ

зараженія и началомъ заболѣванія называется *скрытымъ періодомъ*—stadium incubationis. Въ это время ядъ какъ будто размножается въ организмѣ или доразвивается, т. е. вообще говоря претерпѣваетъ какія-то измѣненія. Уже на этомъ основаніи можно предполагать, что ядъ инфекціонныхъ болѣзней долженъ быть органической натуры, т. е. что инфекціонныя болѣзни имѣютъ паразитарное происхожденіе.

Въ настоящее время для нѣкоторыхъ изъ нихъ дѣйствительно доказано, что они происходятъ вслѣдствіе прониканія въ организмъ микроскопическихъ грибковъ. Доказательства состоятъ въ томъ, что извѣстные микроорганизмы не только всегда встрѣчаются въ сокахъ и тканяхъ организма, при данномъ заболѣваніи, но что ту же самую болѣзнь удается передать другому животному, посредствомъ прививки чистыхъ культуръ даннаго грибка. Хотя для большинства инфекціонныхъ болѣзней микроорганизмы и найдены въ кровеносныхъ сосудахъ или тканяхъ, но для полнаго доказательства паразитарнаго ихъ происхожденія недостаетъ, однако, удачной прививки чистыхъ культуръ этихъ паразитовъ, которые могутъ быть вѣдь случайнымъ спутникомъ болѣзни или результатомъ посмертныхъ измѣненій. Тѣмъ не мѣнѣе, по аналогіи съ другими болѣзнями, паразитарное происхожденіе которыхъ доказано, микотическая теорія инфекціонныхъ болѣзней является въ настоящее время почти общепринятой, такъ какъ къ тому же она лучше всякой другой теоріи объясняетъ намъ и теченіе и распространеніе эпидемическихъ болѣзней.

Чтобъ заболѣть какой либо инфекціонной болѣзнью, требуется два условія: во 1-хъ, присутствіе специфическаго яда и во 2-хъ извѣстное расположеніе со стороны субъекта къ воспринятію этого яда. Что касается до 1-го условія, то въ настоящее время въ произвольное зарожденіе живыхъ существъ, хотя-бы и микроскопическихъ, никто уже не вѣритъ, а потому почти всѣ согласны съ тѣмъ, что заболѣть какой-либо заразной болѣзнью отъ той или другой случайной причины, наприм., отъ простуды, нельзя, а что для этого требуется какъ непремѣнное условіе вліяніе яда. Откуда же берется этотъ ядъ? Можетъ ли онъ зародиться самопроизволь-

но, наприм., вслѣдствіе разложенія органическихъ веществъ или онъ размножается подобно всему живущему на землѣ и происходитъ только отъ себѣ подобнаго? Многіе изъ патологовъ придерживаются послѣдняго мнѣнія, и думаютъ, что агенты, вызывающіе ту или другую эпидемію, всегда являются потомками прежде бывшей эпидеміи въ той же самой мѣстности или занесены кѣмъ-нибудь издалека. Мнѣніе это основано на томъ, что извѣстныя болѣзненныя формы никогда не являются самопроизвольно въ тѣхъ мѣстностяхъ, гдѣ ихъ еще не было, а всегда только послѣ занесенія заразы, при чемъ допускается, что инфекціонное вещество можетъ очень долго сохраняться въ почвѣ, чѣмъ и обусловливаются иногда длинные антракты, отдѣляющіе одну эпидемію отъ другой. Но взглядъ этотъ не всѣми раздѣляется. Приверженцы микотической теоріи инфекціонныхъ болѣзней не пришли еще къ соглашенію относительно постоянства вида бактерій, защищаемаго Cohn'омъ, послѣдователемъ котораго является и Koch. По ихъ ученію, извѣстныя формы бактерій всегда сохраняютъ одну и ту же форму и свои физіологическія или патогенныя свойства, какъ бы не измѣнялась питающая ихъ почва, тогда какъ противники ихъ, во главѣ которыхъ стоитъ Naegeli, думаютъ, что свойство бактерій измѣняется въ зависимости отъ питательной среды. Для патологіи вопросъ сводится къ тому: можетъ ли любая бактерія, плавающая въ воздухѣ, попавъ въ питательную среду при извѣстныхъ условіяхъ, на столько измѣниться въ своихъ свойствахъ, что она превратится въ тотъ или другой патогенный микробъ, напримѣръ, въ ядъ скарлатины что-ли, или же этотъ послѣдній, разъ произойдя на свѣтъ, остается таковымъ уже на вѣкъ и въ наше время вновь не образуется иначе, какъ отъ того же яда? Другими словами — для всякой-ли болѣзни, происходящей отъ бактерій, существуетъ особая, типическая и неизмѣняемая форма грибка, или же, напротивъ, существуетъ только нѣсколько основныхъ формъ, которыя при соотвѣтственныхъ условіяхъ преобразовываются такимъ образомъ, что получаютъ новыя патогенныя свойства?

Buchner утверждалъ, что ему удалось превратить сѣнную

бактерію въ бациллу сибирской язвы и, наоборотъ, эту послѣднюю опять въ непатогенный грибокъ сѣннаго настоя. Если бы наблюденіе его подтвердилось, то вопросъ о переходѣ невинныхъ микробовъ въ патогенные можно бы было считать рѣшеннымъ въ положительномъ смыслѣ, но такъ какъ Koch своими возраженіями подорвалъ доказательность выводовъ B., то приходится ждать новыхъ изслѣдованій въ этомъ направленіи и довольствоваться пока указаніями на то, что патогенныя бациллы до извѣстной степени все-таки способны измѣнять свои свойства въ зависимости отъ внѣшнихъ условій ихъ существованія. Извѣстно, напр., что предохранительный способъ прививки сибирской язвы и рожи свиней животнымъ, основанъ именно на возможности получить, при извѣстной культивировкѣ, яды этихъ болѣзней въ ослабленномъ видѣ; — ядъ бѣшенства, по Pasteur'у ослабляется посредствомъ прививки его обезьянѣ; vaccina, по всей вѣроятности, есть то же самое что ядъ оспы, но ослабленный тѣмъ, что онъ развивался въ теченіе нѣсколькихъ генерацій на вымени коровъ. Къ этой же категоріи фактовъ относится и наблюденіе Spina, который доказалъ, что бактеріи гніенія, относящіеся къ красящимъ веществамъ совсѣмъ иначе, чѣмъ туберкулезныя бациллы, при извѣстномъ способѣ культивировки красятся совершенно такъ же какъ и эти послѣднія.

Въ итогѣ можно сказать, что хотя постоянство вида бактерій и не принадлежитъ къ числу строго доказанныхъ научныхъ фактовъ, но тѣмъ не менѣе на основаніи клиническихъ наблюденій мы должны признать, что каждой изъ инфекціонныхъ болѣзней свойственъ спеціально ей только принадлежащій ядъ, который не зарождается произвольно, но происходитъ отъ прежде существовавшаго яда.

Доказать источникъ зараженія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ не всегда, конечно, возможно, особенно въ большихъ городахъ, гдѣ заразныя болѣзни не переводятся въ теченіе круглаго года. Эта трудность открытія источника зараженія объясняется двумя свойствами яда, во 1-хъ, его стойкостью и, во 2-хъ, его способностью приставать къ неодушевленнымъ предметамъ. Благодаря своей стойкости, ядъ можетъ сохра-

нять свое патогенное свойство неопредѣленно долгое время или въ почвѣ или въ стѣнахъ дома, гдѣ лежалъ больной и т. п., чтобъ потомъ, при какихъ-нибудь благопріятныхъ условіяхъ вдругъ проявить свое дѣйствіе въ такое время, когда о немъ никто ужь и не думаетъ. Въ силу же своего второго свойства, ядъ можетъ быть занесенъ посредствомъ вещей, къ которымъ онъ присталъ, или молокомъ, постоявшимъ въ комнатѣ больного и т. п., причемъ легко можетъ случиться, что заболѣвшій и не подозрѣваетъ, что тотъ предметъ, отъ котораго онъ заразился, находился вблизи заразнаго больного. Такъ, напр., весной 86 года въ Москвѣ много шума произвело одновременное заболѣваніе сыпнымъ тифомъ трехъ барышенъ изъ аристократическихъ семей, заказавшихъ себѣ платья въ мастерской, гдѣ было въ это время нѣсколько случаевъ этой болѣзни. Если прибавить къ этому, что заразу могутъ передавать и здоровые люди, перенося ее на своемъ платье, побывавши въ немъ въ комнатѣ больного, то легко понять, почему, напр., въ Москвѣ сплошь и рядомъ дѣти заболѣваютъ той или другой заразной болѣзнью, то якобы отъ простуды, а то такъ и вовсе отъ неизвѣстной причины.

Но и помимо этого, мнѣ кажется, невозможно отрицать, какъ это дѣлаютъ многіе, возможности переноса зародышей заразы изъ одной мѣстности въ другую посредствомъ вѣтра. Въ городѣ, гдѣ всегда есть всевозможныя формы заразныхъ болѣзней, хотя-бы и въ видѣ спорадическихъ случаевъ, въ воздухъ легко могутъ попадать заразные агенты, и, слѣдовательно, ребенокъ можетъ заразиться прямо уличнымъ воздухомъ. Особенно легко получить такимъ образомъ болѣзнь въ мѣстностяхъ сосѣднихъ съ большими очагами заразы, каковыми являются, напр., больницы для контагіозныхъ болѣзней. Возможность подобнаго зараженія многими оспаривается на томъ основаніи, что на свѣжемъ воздухѣ зараза слишкомъ разводится, и въ легкія могутъ попасть лишь минимальныя количества яда, недостаточныя для того, чтобы вызвать болѣзнь, а между тѣмъ Zurphy, напр., издалъ карты, показывающія вліяніе госпиталей въ Лондонѣ на распространеніе оспы. Пространство вокругъ этихъ госпиталей раздѣлено на

нѣсколько поясовъ, имѣющихъ каждый по $^1/_4$ мили въ ширину. Въ 1880—83 г. Hamstead Hospital былъ закрытъ. Тогда въ домахъ, окружавшихъ его, заболѣваемость оспой была меньшая, чѣмъ въ остальныхъ участкахъ. Въ 1884 году госпиталь этотъ вновь открылся и заболѣваемость оспой въ ближайшемъ къ нему поясѣ стала вдругъ въ 2 раза больше, чѣмъ въ слѣдующемъ и болѣе, чѣмъ въ 5 разъ больше, нежели въ наружномъ. То же повторилось и съ другимъ госпиталемъ. Въ ближайшемъ поясѣ больные были въ 7,7% всѣхъ домовъ, а въ остальныхъ поясахъ—1,3%. Коммиссія, изслѣдовавшая этотъ вопросъ, признала, что болѣзнь распространялась черезъ воздухъ, такъ какъ уединеніе больныхъ и прочія предосторожности доведены до совершенства. (Врачъ 1886, с. 160), а потому мнѣніе нѣкоторыхъ, напр., Liebermeister'а (Лекціи объ инфекц. болѣз. 1885, с. 34), будто никогда оспенный ядъ съ сохраненіемъ своей заражающей способности не переносится воздухомъ черезъ улицу изъ одного дома въ другой, точно такъ же, какъ и брюшной тифъ не пріобрѣтается на улицѣ — надо считать еще далеко недоказаннымъ. Что вѣтеръ не можетъ разносить заразу на большія пространства, напр., на нѣсколько верстъ или изъ Ветлянки въ Петербургъ, это конечно, въ высшей степени вѣроятно.

Что касается до 2-го условія, необходимаго для того, чтобы заболѣть заразной болѣзнью, то, какъ сказано, оно состоитъ въ извѣстномъ расположеніи организма къ воспринятію яда. У нѣкоторыхъ людей замѣчается врожденное отсутствіе расположенія къ нѣкоторымъ изъ заразныхъ болѣзней, такъ что они никогда не заболѣваютъ, напр., ни оспой ни корью, ни скарлатиной, несмотря на то, что подвергались вліянію заразы много разъ; чаще однако нерасположеніе къ зараженію оказывается лишь временнымъ; часто, напр., случается, что при появленіи въ какой нибудь семьѣ эпидемической болѣзни, заражаются не всѣ дѣти, а между тѣмъ черезъ годъ или два дѣти, оставшіяся здоровыми во время первой эпидеміи, вдругъ заболѣваютъ при какомъ нибудь ничтожномъ поводѣ къ зараженію и хвораютъ подъ часъ даже сильнѣе, чѣмъ хворали ихъ братья.

Едва-ли можно сомнѣваться въ томъ, что расположеніе къ заразнымъ болѣзнямъ усиливается подъ вліяніемъ различныхъ условій, ослабляющихъ организмъ, каковы, напр., депрессивное состояніе духа (вліяніе страха на заболѣваніе холерой допускается многими), временное разстройство пищеваренія и, въ особенности, простуда. Хотя, какъ уже сказано, заразною болѣзнью и нельзя заболѣть ни отъ какой другой причины, какъ только отъ вліянія заразы, но, между тѣмъ, нерѣдко случается, что въ эпидемическое время ребенокъ заболѣваетъ, напр., кровавымъ поносомъ, какъ будто вслѣдствіе погрѣшностей въ діэтѣ или скарлатиной послѣ простуды. Подобные случаи объясняются тѣмъ предположеніемъ, что въ нашъ организмъ очень часто попадаютъ различныя инфекціонныя вещества, но онѣ встрѣчаютъ въ здоровомъ тѣлѣ какія нибудь препятствія для своего размноженія и тѣмъ или инымъ путемъ переработываются организмомъ и выводятся изъ него; если же сила противодѣйствія организма ослаблена к. н. вреднымъ вліяніемъ, напр., простудой, то заразное вещество преодолѣваетъ препятствія, размножается и производитъ болѣзнь *).

*) Вопросомъ о судьбѣ микроорганизмовъ, впрыскиваемыхъ въ кровь теплокровнымъ животнымъ, спеціально занимались въ послѣднее время Высоковичъ и Fodor (Врачъ, 86, № 22 и 23). Оба они изслѣдовали путемъ посѣвовъ кровь спустя различные сроки послѣ введенія въ вену различныхъ количествъ эмульсіи изъ чистыхъ разводокъ различныхъ микроорганизмовъ. Оказалось, что микроорганизмы вскорѣ значительно уменьшаются въ числѣ, а въ большинствѣ случаевъ и совсѣмъ исчезаютъ изъ крови дня черезъ 2 или 3, отлагаясь въ нѣкоторыхъ органахъ (печени, селезенкѣ, костномъ мозгу) гдѣ окончательно погибаютъ. Полнота и быстрота отложенія различны, смотря по виду микроорганизмовъ; одни изъ нихъ предпочтительно отлагаются въ томъ органѣ, другіе—въ другомъ. Болѣзнетворныя бактеріи, отложившись въ извѣстномъ органѣ, не погибаютъ въ немъ, а напротивъ, размножаются, по крайней мѣрѣ при введеніи извѣстныхъ количествъ. Fodor заключаетъ свою работу слѣд. положеніемъ: своею кровью организмъ защищенъ отъ дѣйствія обыкновенныхъ повсюдныхъ бактерій, а также, до извѣстной степени, и противъ специфическихъ заразныхъ веществъ. По теоріи Мечникова защитниками организма въ подобныхъ случаяхъ являются бѣлые кровяные шарики, т. н. фагоциты, вступающіе въ борьбу съ микроорганизмами и пожирающіе ихъ.—Въ наблюденіяхъ Высоковича эта теорія не нашла себѣ поддержки (См. также статью Васильева—въ Еженед. Клинич. газетѣ за 1884 г. № 12).

Наблюденія показываютъ, что при прочихъ равныхъ условіяхъ, человѣкъ тѣмъ вѣрнѣе заразится данною болѣзнью, чѣмъ дольше онъ подвергается дѣйствію яда, (напр., чѣмъ дольше онъ живетъ около болота или чѣмъ дольше находится въ обществѣ больного и чѣмъ обильнѣе въ данномъ мѣстѣ скопился ядъ) словомъ, въ дѣлѣ зараженія играетъ роль и количество яда; чтобъ заразиться уже во время кратковременнаго пребыванія около заразнаго больного, нужно имѣть къ этой болѣзни очень большое расположеніе. Если количество яда имѣетъ значеніе, то понятно, что хорошая вентиляція комнаты больного должна уменьшать заразительность окружающаго его воздуха, и наоборотъ, скопленіе больныхъ въ тѣсномъ пространствѣ и въ спертомъ воздухѣ должно имѣть обратное дѣйствіе; что дѣйствительно и подтверждается чуть не ежедневнымъ наблюденіемъ, съ одной стороны, надъ развитіемъ заразныхъ болѣзней среди бѣднаго населенія въ тѣсныхъ квартирахъ, а съ другой стороны, въ больницахъ, гдѣ такъ часто заражаются молодые врачи, разъ они попадаютъ въ палаты переполненныя заразными больными, между тѣмъ какъ тѣ же врачи не заражались, пока приходили въ соприкосновеніе съ отдѣльными больными въ клиникахъ или въ частной практикѣ.

Тяжелые случаи оспы, скарлатины и кори, сопровождающіеся сильной сыпью и выдѣляющіе больше яда, должны считаться болѣе заразительными, чѣмъ случаи легкіе, протекающіе почти безъ сыпи.

Замѣчательно, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ, ядъ инфекціонныхъ болѣзней можетъ размножаться или воспроизводиться въ организмѣ только одинъ разъ въ жизни; а потому субъектъ, перенесшій ту или другую заразную болѣзнь, дѣлается уже невоспріимчивымъ къ данному яду и другой разъ тою-же болѣзнью не заболѣваетъ. Исключеніемъ изъ этого правила являются: болотная лихорадка, гриппъ и кровавый поносъ, которые нерѣдко повторяются нѣсколько разъ въ жизни.

Острыя контагіозныя и контагіозно-міазматическія болѣзни сопровождаются выдѣленіемъ изъ организма яда, остающагося

въ помѣщеніи, гдѣ лежалъ больной и на вещахъ приходившихъ съ нимъ въ соприкосновеніе неопредѣленно долгое время, и способнаго заражать другихъ людей. Чтобъ обезвредить такое помѣщеніе и вещи и сдѣлать ихъ безопасными для здоровыхъ, необходимо и то и другое подвергнуть дезинфекціи, т. е. обеззаразить. Обеззараживаніе производится или посредствомъ различныхъ химическихъ агентовъ, разрушающихъ заразу, или посредствомъ высокой температуры.

О дѣйствительности дезинфекціоннаго средства судятъ обыкновенно по вліянію его на жизнь микроорганизмовъ и ихъ споръ. Хорошее обеззараживающее средство должно не только задерживать развитіе бактерій, но окончательно убивать какъ развитые микроорганизмы, такъ и ихъ споры, которыя, какъ извѣстно, отличаются гораздо бóльшею стойкостью или живучестью, чѣмъ сами бактеріи.

Спеціальныя изслѣдованія, предпринятыя въ лабораторіи Koch'а, съ цѣлью выясненія дезинфецирующаго значенія различныхъ средствъ, показали, что самыя употребитетьныя изъ нихъ, каковы сѣрнистая кислота, хлоръ и карболовая кислота, не даютъ полной гарантіи насчетъ основательнаго и совершеннаго уничтоженія заразы; гораздо дѣйствительнѣе ихъ оказалась сулема. Провѣрочныя изслѣдованія о сѣрнистыхъ окуриваніяхъ въ послѣднее время произведены Шидловскимъ (Врачъ, 1886, № 26), объ окуриваніяхъ хлоромъ-Крупинымъ (Ежен. клинич. газета. 1885, № 23). Оба они изслѣдовали вліяніе образующагося газа на споры бактерій сибирской язвы и другихъ микроорганизмовъ, которыми пропитывались шелковинки, развѣшанныя въ окуриваемомъ помѣщеніи; причемъ Крупинъ часть шелковинокъ завертывалъ въ бумажныя капсулы, другую часть помѣщалъ между двумя дощечками, какъ бы въ естественной щели, а остальныя клалъ въ пустыя пробирки. По окончаніи опыта оба автора всѣ свои пробы переносили со всѣми предосторожностями въ питательную среду и черезъ нѣсколько дней провѣряли результаты этихъ культуръ.

Извѣстно, что сѣра въ замкнутомъ пространствѣ можетъ горѣть лишь до тѣхъ поръ, пока не истребится весь кисло-

родъ даннаго количества воздуха; въ силу этого въ одномъ кубическомъ метрѣ воздуха теоретически не можетъ сгорѣть болѣе 300 грм. сѣры, но этотъ теоретическій maximum въ дѣйствительности никогда не достигается, потому что сѣра тухнетъ раньше, чѣмъ успѣетъ сгорѣть $^1/_3$ теоретическаго количества. Въ опытахъ Шидловскаго сѣра для сожиганія вносилась въ камеру на двухъ фарфоровыхъ поддонкахъ, изъ коихъ одинъ помѣщался на днѣ камеры, а другой на высотѣ 110 снт. отъ дна. Сѣры бралось меньше, чѣмъ ее могло сгорѣть (1 кило на 1,8 куб. метръ), воздухъ камеры надлежащимъ образомъ увлажнялся. Результаты всѣхъ опытовъ съ шелковинками, пропитанными спорами различныхъ грибковъ, получились отрицательные. Не было ни одного случая, чтобы всѣ микроорганизмы, подвергшіеся сѣрнистымъ окуриваніямъ одинъ или даже 2 раза, оказались убитыми, а потому авторъ приходитъ къ тому выводу, что наибольшее количество сѣрнистаго газа, количество, которое не можетъ быть увеличено при данномъ способѣ его полученія (т. е. сжиганіемъ сѣры), дѣйствуя на ядъ сибирской язвы при самыхъ благопріятныхъ для этого дѣйствія условіяхъ, какъ со стороны герметически закрытаго помѣщенія, такъ и предварительнаго увлаженія послѣдняго, не обезпечиваетъ вѣрнаго уничтоженія заразныхъ свойствъ этого яда.

Опыты Крупина производились не въ спеціально устроенной камерѣ, а въ обыкновенныхъ больничныхъ палатахъ, причемъ брались громадныя количества хлориновой извести, напр., въ 1-мъ опытѣ по $2^1/_2$ ф. хлор. изв. и по 4 ф. соляной кислоты на каждую кубич. сажень, а въ 7-мъ опытѣ по 6-и ф. хлор. изв. и по 10-и ф. сол. кисл. Причемъ влажность, по психрометру Августа, доводилась до 85%. Первый опытъ длился 42 часа, послѣдній 44. Изъ 13-и пробъ 1-го опыта недезинфецированными оказались 10, а изъ 6-и пробъ 7-го опыта — недезинфецированныхъ осталось 4.

Такъ какъ лабораторные опыты съ хлоромъ, производимые въ герметически закрытыхъ камерахъ, даютъ гораздо лучшіе результаты, и хлоръ считается поэтому могучимъ дезинфецирующимъ средствомъ, то авторъ старается объяс-

нить эту разницу тѣмъ, что при обеззараживаніи большихъ помѣщеній, какія бы мѣры ни принимались для того, чтобы устранить быстрое истеченіе хлора изъ дезинфецируемаго помѣщенія, все же путемъ естественной вентиляціи уносится его такая масса, что не достигается требуемой концентраціи газа; а во 2-хъ тѣмъ, что очень трудно достигнуть на практикѣ достаточнаго увлаженія всего, что подлежитъ дезинфекціи и повсемѣстнаго *равномѣрнаго* распредѣленія хлорнаго газа, опредѣленнаго содержанія въ продолженіе необходимаго времени.

Самымъ сильнымъ дезинфецирующимъ средствомъ считается въ настоящее время сулема. Koch нашелъ, что споры сибирской язвы могутъ быть навѣрное убиты уже очень слабыми растворами сублимата и притомъ въ короткое время, такъ, напр., растворъ 1:5000 (gr. j—℥x) убиваетъ эти споры въ нѣсколько минутъ, а 1:1000 уже при однократномъ помазываніи. Ростъ бактерій сибирской язвы замѣтнымъ образомъ задерживается при разведеніи 1:1,000,000, а при 1:300,000 совсѣмъ прекращается. Конечный выводъ, къ которому пришелъ Koch, состоитъ въ томъ, что изъ всѣхъ дезинфецирующихъ средствъ, только одинъ сублиматъ обладаетъ такимъ важнымъ свойствомъ, что можетъ уничтожать въ теченіе нѣсколькихъ минутъ всѣ, даже самые стойкіе, зародыши микроорганизмовъ при однократномъ примѣненіи очень слабаго раствора (1:1000, а въ большинствѣ случаевъ достаточно 1 : 5000), тогда какъ 1% растворъ карболовой кислоты не убиваетъ споръ бацилла сибирской язвы даже и въ теченіе 15 дней, 3% убиваетъ ихъ въ 5—7 дней, 5% на 2-й день. Карболовая кислота можетъ считаться хорошимъ средствомъ лишь для микроорганизмовъ не имѣющихъ споръ, такъ какъ для остановки роста и развитія бактерій въ питательной средѣ, достаточно сравнительно ничтожнаго количества карболовой кислоты (1:850). Для дезинфекціи воздуха, по опытамъ Schotte и Gaertner'a, требуется отъ 12 до 15 грм. средства на 1 куб. метръ, что составитъ около 4 унцій кислоты на куб. сажень.

Весьма могучимъ средствомъ для дезинфекціи оказался

также и горячій водяной паръ, но пользоваться имъ можно только въ больницахъ, при которыхъ устроены спеціальныя, для того назначенныя камеры.

При выборѣ обеззараживающихъ средствъ и способовъ, сообразуются отчасти съ натурой (стойкостью и злокачественностью) яда, отчасти же со свойствомъ объектовъ дезинфекціи. Особо строгія мѣры обеззараживанія необходимы при оспѣ, скарлатинѣ, дифтеріи, сыпномъ тифѣ и кровавомъ поносѣ, тогда какъ при кори и коклюшѣ эти мѣры могутъ быть менѣе строги, а для вѣтренной оспы, краснухи, свинки ихъ совсѣмъ не требуется, такъ какъ эти болѣзни ни для кого не опасны. Руководствуясь, главнымъ образомъ, Берлинскими наставленіями для обеззараженія, напечатанными цѣликомъ въ 30 нумерѣ Врача за 1886-й годъ, мы можемъ рекомендовать держаться слѣдующихъ правилъ.

Дезинфекція комнаты не можетъ быть предпринята, пока въ ней лежитъ еще больной. Въ это время, въ видахъ предосторожности, можно прибѣгнуть къ слѣдующимъ мѣрамъ: нужно вынести всю лишнюю мебель, особенно мягкія кресла, драпри и ковры и оставить только самое необходимое, напр., постель, столикъ, 2 деревянныхъ стула. Больной долженъ имѣть особую посуду и бѣлье. Грязное бѣлье, постельное и носильное, еще до мытья слѣдуетъ погружать въ 1% растворъ карболовой кислоты или въ растворъ калійнаго мыла изъ 1/2 унціи на 10 литровъ тепловатой воды (10 литровъ равняются 8/10 ведра) или бѣлье завязывается въ простыни, пропитанныя растворомъ сулемы, и затѣмъ тотчасъ въ теченіе 1/2 часа кипятится въ растворѣ калійнаго мыла или крѣпкаго щелока; а при не очень строгой дезинфекціи, простыни смачиваются калійнымъ мыломъ, и потомъ бѣлье моется просто въ горячей водѣ.

Одѣяла, шелковыя ткани, ковры, шубы и вообще предметы одежды, не могущія быть вымытыми (при оспѣ, дифтеріи, скарлатинѣ, холерѣ, сыпномъ тифѣ, сибирской язвѣ, сапѣ и водобоязни), должны быть завернуты въ простыни, смоченныя растворомъ сулемы (1: 5000), и подвергнуты обеззараженію сухимъ жаромъ или водянымъ паромъ въ спеціально для того

устроенныхъ камерахъ, или парами хлора. Подушки, матрацы и ватныя одѣяла трудно поддаются дезинфекціи и потому всего лучше ихъ просто сжигать, а если нѣтъ, то придется вынуть ихъ содержимое (пухъ, волосъ, вата) и затѣмъ или обеззараживать его особо въ соотвѣтственныхъ заведеніяхъ, или же, если это содержимое не имѣетъ большой цѣнности, сжечь его. При другихъ заразныхъ болѣзняхъ эти предметы обеззараживаются сухимъ жаромъ. Сжиганію же подвергаются и всѣ другіе малоцѣнные предметы, напр., игрушки.— Кожаныя вещи, а также деревянныя и стеклянныя, могутъ быть вымыты калійнымъ мыломъ и затѣмъ карболовой кислотой (5%). Перевязочные матеріалы, бывшіе въ употребленіи, немедленно сжигаются, а инструменты обмываются 5% карбол. кислотой (отъ сулемы портятся). Всѣ выдѣленія больного должны быть принимаемы въ сосуды, содержащіе въ себѣ или растворъ калійнаго мыла или карболовую кислоту (а всего лучше 1% растворъ сулемы) и затѣмъ уже выкидываемы въ отхожее мѣсто (эта мѣра особенно необходима при кровавомъ поносѣ, брюшномъ тифѣ и холерѣ). Комнату больного необходимо ежедневно вентилировать посредствомъ открыванія форточекъ или оконъ, а если больного некуда перенести на это время, то можно закрыть его одѣялами до шеи, оставивъ свободной только голову и, кромѣ того, защитить его отъ прямого дѣйствія холоднаго воздуха ширмами, которыя, однако, въ другое время не должны стоять около больного. Постоянная топка камина въ комнатѣ больного значительно способствуетъ очищенію воздуха. Въ комнатѣ больного не слѣдуетъ держать пищи. Всѣ лица, приходящія въ соприкосновеніе съ больнымъ, должны быть въ такомъ платьѣ, которое можно бы было потомъ легко вымыть; они не должны ничего ни ѣсть, ни пить въ комнатѣ больного и, по совѣту Берлинскихъ правилъ, при выходѣ отъ больного должны вымыться и вычеститъ себѣ волосы и бороду, а верхнее платье обчистить щеткой, смоченной въ растворѣ карболовой кислоты.

Когда комната уже оставлена больнымъ, то послѣ тяжелыхъ заразныхъ болѣзней, каковы оспа, скарлатина и дифтерія, самымъ дѣйствительнымъ средствомъ для дезинфекціи

комнаты считается обмываніе стѣнъ, пола и потолка раствором сулемы 1:1000; по изслѣдованіямъ Крупина (Еженед. клин. газета, 1886, № 24), еще дѣйствительнѣе оказалась смѣсь изъ равныхъ частей раствора сулемы съ 5% карболовой кислотой. Тѣмъ или другимъ растворомъ полъ просто поливается, а потолокъ и стѣны обтираются тряпкой, хорошо смоченной этимъ средствомъ. Guttmann и Merke (Врачъ, 1887, с. 303) для увлажненія стѣнъ и потолка употребляютъ сильный пульверизаторъ, которымъ распыляютъ растворъ сулемы до тѣхъ поръ, пока жидкость не потечетъ со стѣнъ на полъ. Потомъ тѣмъ же пульверизаторомъ распыляютъ 1% растворомъ соды, чтобъ перевести сулему въ нерастворимое соединеніе. Когда все высохнетъ (черезъ 1—2 сутокъ), то помѣщеніе выметается щеткой и провѣтривается. Способъ этотъ вѣрно дѣйствуетъ и дешевъ, такъ какъ для комнаты средней величины стоимость матеріаловъ (сода и сулема) не превышаетъ 10 копѣекъ. Для будущихъ жильцовъ дезинфекція сулемой оказывается безвредной. Для большей безопасности не мѣшаетъ послѣ провѣтриванія содрать обои и замѣнить ихъ новыми. По Берлинскимъ привиламъ такая дезинфекція рекомендуется лишь для оспы, а при скарлатинѣ и дифтеріи только по требованію полиціи; при остальныхъ болѣзняхъ считается достаточнымъ обтереть стѣны калійнымъ мыломъ, а если онѣ оклеены обоями, то просто влажной губкой. Тѣже правила предписываютъ послѣ обмыванія стѣнъ, окурить помѣщеніе хлоромъ, въ количествѣ 1 kilo-хлориновой извести на 60 куб. метровъ воздуха (что составляетъ 2½ фун. на 7½ куб. сажени емкости комнаты или ⅓ ф. на сажень). Для полученія паровъ хлора, нужное количество хлор. изв. смѣшивается въ глиняномъ тазу съ равнымъ количествомъ соляной (или сѣрной) кислоты и ставятъ на возвышеніи, такъ какъ пары хлора тяжелѣе воздуха и стелятся по низу, и оставляютъ комнату запертой на цѣлыя сутки; потомъ провѣтриваютъ ее и для скорѣйшаго уничтоженія запаха хлора распыляютъ нашатырный спиртъ.

Если вмѣсто хлора, желаютъ окуривать сѣрнистой кислотой, то на 1 куб. сажень воздуха берутъ ½ ф. сѣры въ ку-

скахъ и, обливъ ее спиртомъ, сжигаютъ на сковородахъ, разставленныхъ на полу, усыпанномъ пескомъ, для избѣжанія пожара, или на возвышеніяхъ. Какъ при хлорѣ, такъ и при сѣрнистой кислотѣ обязательно смочить водой какъ стѣны, так и всѣ предметы, назначенные для дезинфекціи (напр., развѣшанное въ комнатѣ бѣлье), иначе обеззараживающее вліяніе этихъ газовъ будетъ очень слабо. Всѣ щели въ рамахъ и дверяхъ должны быть наглухо заклеены бумагой, иначе газъ слишкомъ скоро улетучится и проникнетъ въ сосѣднія комнаты. Отдѣленіе хлора при подливаніи кислоты образуется чрезвычайно быстро, а потому человѣкъ, производящій эту смѣсь, не долженъ дышать во время подливанія кислоты и не оставаться въ комнатѣ долѣе нѣсколькихъ секундъ. Металлическіе предметы, которые не могутъ быть удалены изъ комнаты, защищаются отъ порчи парами хлора— слоемъ масла или лака. Черезъ сутки комната провѣтривается посредствомъ открыванія оконъ и дня черезъ два—можетъ быть обитаема.

Выздоровѣвшій больной, прежде чѣмъ попадетъ въ общество здоровыхъ, долженъ взять обыкновенную мыльную ванну и надѣть чистое бѣлье и обеззараженное платье. Если больной умеръ, то въ случаѣ оспы, дифтеріи, сыпнаго тифа и холеры, его слѣдуетъ обернуть въ простыни, смоченныя растворомъ сулемы и постоянно поддерживать влажность простынь тѣмъ же растворомъ. Трупы умершихъ отъ остальныхъ заразныхъ болѣзней должны быть одѣты въ саваны, пропитанные растворомъ калійнаго мыла. Если трупъ долженъ пробыть въ домѣ долѣе 24 часовъ, то во избѣжаніе зловонія, животъ покрывается полотенцами смоченными смѣсью изъ 1 ч. хлор. изв. и 4 ч. воды.

Въ заключеніе я считаю небезполезнымъ привести здѣсь правила, изданныя медиц. совѣтомъ министерства внутрен. дѣлъ, въ видахъ предосторожности для предупрежденія заноса заразныхъ болѣзней въ учебныя заведенія. Въ силу этихъ правилъ, лица, завѣдующіе заведеніями, обязаны: 1) имѣть точныя свѣдѣнія о состояніи здоровья каждаго изъ служащихъ при заведеніи и особенно имѣющихъ въ немъ помѣщеніе, чтобы принять мѣры, въ случаѣ обнаруженія въ семействахъ служащихъ лицъ, заразной болѣзни. 2) Имѣть ежедневныя свѣдѣнія о здоровьѣ всѣхъ учащихся. 3) Заразные больные изъ числа живущихъ въ заведеніи или изъ учащихся должны немедленно быть подвергнуты полной изоляціи. 4) Разобщенію д. б. подвергнуты по указанію врача и тѣ изъ

учащихся, которые находились въ непосредственномъ сношеніи съ заразными больными, что достигается для приходящихъ воспрещеніемъ прихода въ классъ. 5) Розобщеніе въ этихъ случаяхъ должно продолжаться столько дней, во сколько протекаетъ инкубаціонный періодъ данной болѣзни. 6 Больные, выздоровѣвшіе отъ заразной болѣзни, должны: а) выдержать извѣстный срокъ разобщенія по прилагаемому росписанію; б) желательно, чтобъ всѣ вещи и одежда, съ которыми больной приходилъ въ соприкосновеніе во время болѣзни, были, если онѣ малоцѣнны, уничтожены чрезъ сожиганіе или, въ противномъ случаѣ, дезинфецированы хлоромъ или перегрѣтымъ паромъ; в) выздоровѣвшіе передъ впускомъ въ заведеніе д. б. вымыты съ головы до ногъ и одѣты въ очищенное бѣлье и платье. 7) Отъ родственниковъ учащихся должно требоватъ свидѣтельство о предшествовавшемъ состояніи здоровья послѣднихъ въ слѣдующихъ случаяхъ: а) при поступленіи ученика въ заведеніе; б) при возвращеніи учениковъ въ школу послѣ каникулъ и в) послѣ всякой неявки въ классы въ теченіе недѣльнаго срока. Въ этомъ свидѣтельствѣ должно заключаться удостовѣреніе въ томъ, что ученики въ теченіе послѣднихъ трехъ недѣль сами не были больны заразной болѣзнью и не находились въ общеніи съ таковыми больными: если же они были больны или были около заразныхъ больныхъ,—то какія мѣры были приняты для очищенія какъ ихъ самихъ, такъ и бывшихъ при нихъ вещей. Если учащійся не можетъ представить такого свидѣтетьства, то необходимо подвергуть его средствами школы очищенію, а одежду дезинфецировать. 8) Учащіеся обязаны представить свидѣтельство о бывшей съ ними болѣзни по прилагаемой формѣ:

СВИДѢТЕЛЬСТВО.

Учебное заведеніе... годъ;
Классъ.
Имя и фамилія ученика.
Названіе болѣзни.
Когда заболѣлъ.
Когда выздоровѣлъ.
Сколько дней подвергался изоляціи·
Гдѣ были дезинфецированы платье, бѣлье, вещи, книги.

Подпись врача или родственниковъ.

РОСПИСАНІЕ СРОКОВЪ ИЗОЛЯЦІИ.

Продолжительность разобщенія назначается:	*Ребенокъ допускается въ школу.*
При дифтеріи до 14 дней	Черезъ три недѣли по выздоровленіи, когда нѣтъ боли въ горлѣ, нѣтъ выдѣленія изъ гортани, носа, глазъ и нѣтъ альбуминуріи.

При скарлатинѣ до 14 дней	Не ранѣе 5 недѣль со дня появленія сыпи, если совершенно окончилось шелушеніе и нѣтъ слѣдовъ ангины *).
При кори до 14 дней.	Не ранѣе 3-хъ недѣль отъ начала высыпанія, если нѣтъ слѣдовъ шелушенія и кашля.
При краснухѣ до 14 дней **)	Черезъ 2—3 недѣли отъ начала болѣзни, смотря по силѣ ея.
При вѣтреной и настоящей оспахъ до 18 дней	Когда отпадутъ корки ***).
При коклюшѣ до 21 дня ****)	Черезъ 6 недѣль отъ появленія кашля, когда исчезнутъ спазматическія схватки или вовсе не будетъ кашля.
При свинкѣ до 21 дня.	Черезъ 3 недѣли отъ начала болѣзни, если уже нѣтъ опухоли

*) Какая надобность не пускать въ классъ ученика въ теченіе 5 недѣль, если шелушеніе уже давно окончилась, какъ это нерѣдко бываетъ послѣ легкихъ случаевъ скарлатины.

**) По нашему мнѣнію, изолировать больныхъ краснухой совсѣмъ бы не слѣдовало, по случаю чрезвычайной легкости заболѣванія; изъ за того, что братъ боленъ краснухой, отъ которой онъ избавится въ 3 дня, здоровый ученикъ долженъ цѣлыхъ 2 недѣли сидѣть дома и пропускать уроки. Въ этомъ случаѣ, ровно какъ и при вѣтреной оспѣ и свинкѣ, цѣль не оправдываетъ средствъ.

***) При варицеллѣ корки нерѣдко отпадаютъ къ концу первой недѣли и, слѣдовательно, въ началѣ 2-й недѣли больной можетъ уже посѣщать школу, между тѣмъ какъ здоровый братъ его долженъ сидѣть дома до 18-го дня, и все это ради возможности того, что онъ зараженъ этой невинной болѣзнью.

****) Скрытый періодъ для коклюша взятъ слишкомъ ужъ длинный; двухъ недѣль было бы вполнѣ достаточно.

СКАРЛАТИНА — SCARLATINA.

Этіологія.

Скарлатина принадлежитъ къ числу частыхъ болѣзней дѣтскаго возраста, и въ большихъ городахъ, какъ, наприм., въ Москвѣ, отдѣльные случаи ея встрѣчаются постоянно, въ чемъ легко убѣдиться изъ отчетовъ д-ра Остроглазова, показывающихъ, что въ теченіе года не проходитъ ни одной недѣли безъ нѣсколькихъ новыхъ случаевъ заболѣванія; напротивъ того, въ какой нибудь деревнѣ, удаленной отъ центровъ и большихъ дорогъ, скарлатина является черезъ большіе промежутки времени и только при случайномъ занесеніи яда. Въ подобныхъ случаяхъ изрѣдка случается такъ, что болѣзнь ограничивается только тѣмъ домомъ, въ который она была занесена, обыкновенно же она передается путемъ зараженія все дальше и дальше и, такимъ обратомъ, развивается эпидемія. Эпидеміи скарлатины, сравнительно съ эпидеміями кори, отличаются тою особенностью, что первыя распространяются медленнѣе и не такъ скоро достигаютъ своего maximum'а, но за то тянутся дольше, такъ какъ ежедневное число новыхъ заболѣваній не такъ велико, какъ при кори, и потому требуется больше времени, чтобъ перезаразились и перехворали всѣ субъекты, имѣющіе расположеніе къ воспринятію яда. Сравнительно медленный ходъ развитія скарлатинозныхъ эпидемій объясняется тѣмъ, что скарлатинный контагій не такъ летучъ, какъ ядъ кори. На эту же меньшую летучесть указываютъ и наблюденія скарлатины въ отдѣльныхъ семьяхъ. Извѣстно, напр., что очень нерѣдко удается предотвратить

заболѣваніе братьевъ и сестеръ скарлатинознаго больного, посредствомъ отдѣленія ихъ въ другія комнаты того же дома, особенно переводомъ ихъ въ верхній этажъ.

Хотя спорадическіе случаи въ большихъ городахъ встрѣчаются постоянно, но почему то эти случаи не всегда даютъ поводъ къ развитію эпидемій; недостаетъ для этого какихъ то, намъ пока еще неизвѣстныхъ, условій, въ числѣ которыхъ, должно быть, имѣютъ значеніе и атмосферныя условія, такъ какъ въ Москвѣ, напр., эпидеміи начинаются обыкновенно позднею осенью и затягиваются на зиму. Городскія эпидеміи скарлатины отличаются отъ деревенскихъ, между прочимъ, и тѣмъ, что при первыхъ почти ислючительно заболѣваютъ лишь дѣти, тогда какъ въ деревняхъ, въ которыхъ скарлатины не было въ теченіе многихъ лѣтъ, въ большомъ числѣ заражаются и взрослые и притомъ очень нерѣдко захварываютъ такъ же тяжело, какъ и дѣти, а потому общепризнанный фактъ, что послѣ 15-ти лѣтъ расположеніе къ скарлатинѣ съ годами уменьшается, выступаетъ въ деревняхъ не такъ рѣзко, какъ въ большихъ городахъ, гдѣ, по случаю почти ежегодныхъ эпидемій, среди взрослаго населенія скопляется много такихъ, которые уже отхворались въ дѣтствѣ и такимъ образомъ пріобрѣли имунность. При скарлатинѣ можетъ быть больше, чѣмъ при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ имѣетъ значеніе *характеръ* эпидеміи. Еще Trousseau отмѣтилъ тотъ фактъ, что эпидеміи скарлатины нерѣдко состоятъ или изъ сплошь доброкачественныхъ случаевъ, или почти исключительно—тяжелыхъ. Онъ разсказываетъ, напр., про Bretanau, который въ періодъ времени отъ 1799 по 1822 годъ не видалъ ни одного смертельнаго случая скарлатины, а въ 1824 году у него на рукахъ умирало столько скарлатинозныхъ, что онъ совѣтовалъ бояться скарлатины не меньше, чѣмъ чумы, тифа или холеры. Sydengam до 1737 года видѣлъ только самые легкіе случаи скарлатины и говорилъ, что она едва заслуживаетъ названія „болѣзнь“, а нѣсколько лѣтъ спустя онъ причислялъ ее ужъ къ числу самыхъ опасныхъ болѣзней. То же самое повторяется, сплошь и рядомъ, и въ отдѣльныхъ семейныхъ эпидеміяхъ; часто случается, напр., что появится

въ извѣстномъ домѣ скарлатина въ видѣ очень легкаго, почти безлихорадочнаго заболѣванія, поразитъ 3 – 4 дѣтей изъ многочисленной семьи, а другія, будучи изолированы, остаются здоровыми; но вотъ проходитъ годъ или два и въ томъ же домѣ снова появляется скарлатина, но на этотъ разъ тяжелая, и кто нибудь изъ прежде отдѣленныхъ, пожалуй, умираетъ. Въ виду подобныхъ случаевъ и въ виду того, что въ большихъ городахъ скарлатина можетъ считаться почти столь же обязательной дѣтской болѣзнью, какъ и корь, а, между тѣмъ, однократное, хотя бы и очень легкое заболѣваніе предохраняетъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, на всю жизнь отъ новаго заболѣванія—является вопросъ, стоитъ-ли разъединять дѣтей одной семьи, въ случаѣ появленія въ домѣ *легкой* скарлатины? Нельзя, конечно, отрицать того, что ребенокъ, въ случаѣ зараженія отъ легкой скарлатины, не получитъ очень тяжелую, и даже смертельную форму, точно такъ же какъ отъ привитія лимфы легкой оспы можно получить оспу сливную (такъ какъ сила заболѣванія зависитъ не отъ свойствъ яда только, но и отъ почвы, на которую онъ попадаетъ, т. е. отъ большей или меньшей воспріимчивости субъекта), и потому съ теоретической точки зрѣнія на поставленный нами вопросъ долженъ получиться положительный отвѣтъ, т. е. что отдѣлять слѣдуетъ; но въ практическомъ смыслѣ дѣло стоитъ иначе, и вопросъ этотъ рѣшается не такъ-то легко, потому что рискованнымъ является также и разъединеніе дѣтей. Я лично настаиваю на изоляціи только тяжелыхъ случаевъ скарлатины или если въ данной семьѣ есть маленькія дѣти, въ возрастѣ до 2-хъ лѣтъ, или дѣти очень истощенныя, хворыя, для которыхъ и не тяжелая скарлатина можетъ быть опасна.

Значеніе характера эпидеміи выражается не въ одной только интензивности заболѣванія и % смертности, но также въ частотѣ появленія тѣхъ или другихъ осложненій и въ ихъ характерѣ; очень странно, напр., что во время одной эпидеміи въ Роттердамѣ въ 1778—79 году послѣскарлатинозная водянка всегда появлялась на 6-й день послѣ высыпанія, а въ Saint-Dié въ 1842-мъ водянка поражала только мальчиковъ, хотя скарлатина у дѣвочекъ наблюдась даже чаще,

именно въ пропорціи 20 : 14 (Barthez-Rilliet. Handb. 1856 S. 223).

Относительно другихъ свойствъ скарлатинознаго яда намъ извѣстно, что онъ очень стоекъ или живучъ, легко пристаетъ къ неодушевленнымъ предметамъ, и въ теченіе долгаго времени сохраняется на нихъ, напр., на стѣнахъ комнаты, гдѣ лежалъ больной или на вещахъ, бывшихъ съ нимъ въ соприкосновеніи. Сколько именно времени можетъ такимъ образомъ сохраняться ядъ, мы въ точности не знаемъ, но, во всякомъ случаѣ, не менѣе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а можетъ быть даже и лѣтъ, а потому очень трудно отвѣчать на вопросъ, который такъ часто задается врачу, а именно—чрезъ какой срокъ можно переселить здоровыхъ дѣтей въ комнату, гдѣ лежалъ скарлатинозный, не рискуя заразить ихъ? Отвѣтъ на это можно дать такой: если произведена основательная дезинфекція, то тотчасъ по окончаніи ея, а если дезинфекціи настоящей не было, то безъ риску нельзя переселять дѣтей даже и черезъ три мѣсяца. Случаи заболѣванія дѣтей вслѣдъ за переведеніемъ ихъ черезъ нѣсколько недѣль, принадлежатъ къ числу самыхъ обычныхъ. Замѣчательно, что зараженіе не всегда происходитъ тотчасъ же по переселеніи, а спустя болѣе или менѣе продолжительный срокъ, иногда черезъ нѣсколько мѣсяцевъ. Зависитъ-ли это отъ временнаго нерасположенія даннаго субъекта или оттого что подъ вліяніемъ какихъ-нибудь условій самъ ядъ претерпѣваетъ какія-либо измѣненія и получаетъ бо̀льшую силу—этого мы не знаемъ, но вѣрно лишь то, что нельзя считать ребенка въ безопасности и помѣщеніе свободнымъ отъ заразы на томъ только основаніи, что благополучно прошли 2—3 недѣли послѣ переселенія въ подозрительное помѣщеніе здоровыхъ дѣтей.

Благодаря стойкости яда и способности его приставать къ вещамъ, скарлатина часто переносится третьимъ лицомъ, остающимся здоровымъ или игрушками, а также и животными. У Thomas'a (Ziems. Hadnb. II. S. 151 и 152) собрано множество такихъ примѣровъ, и вопросъ этотъ въ настоящее время спору не подлежитъ.

Скарлатинозный больной начинаетъ распространять заразу

уже съ 1-го дня заболѣванія, но, какъ кажется, въ началѣ болѣзни контагій дѣйствуетъ еще слабо, такъ какъ изоляція здоровыхъ, предпринятая на 1-й или 2-й дни болѣзни обыкновенно вполнѣ ведетъ къ цѣли, чего отнюдь нельзя сказать, напр., про корь; но Hüttenbrenner заходитъ ужъ слишкомъ далеко, если утверждаетъ, что въ періодѣ развитія и цвѣтенія сыпи скарлатина навѣрное совсѣмъ не заражаетъ (Handb. d. Kinderkr. S. 484). Вообще считается, что наибольшая заразительность скарлатины бываетъ въ періодѣ полнаго развитія болѣзни, т. е. отъ 4 до 7 дня, но, какъ долго продолжается заразительность — сказать очень трудно; вѣроятно, что до конца періода шелушенія, такъ какъ несомнѣнно, что въ чешуйкахъ кожицы ядъ сохраняется очень долго и удавалось даже привить скарлатину при помощи чешуекъ, и если нѣкоторые врачи, какъ, напр., Volz, отрицаютъ ихъ заразительность, то поступаютъ совсѣмъ несправедливо, въ виду, напр., случаевъ, подобныхъ тому, что разсказываетъ Sanné: одна вдова, жившая съ своей дочерью въ Бретани, въ мѣстности, совершенно свободной отъ скарлатины, получила въ августѣ 1877 года письмо отъ бывшей гувернатки своей дочери изъ Германіи. Она писала, что перенесла скарлатину, которая теперь въ періодѣ шелушенія и что чешуекъ отпадаетъ такъ много, что она нѣсколько разъ должна была стряхивать ихъ съ письма. Черезъ нѣсколько дней по полученіи этого письма и мать и дочь заболѣли скарлатиной, отъ которой мать умерла, а дочь была при смерти, но выздоровѣла.

Такъ какъ у однихъ больныхъ періодъ лупленія кончается раньше, у другихъ позднѣе, то надо думать, что и заразительный періодъ тянется не у всѣхъ одинакое время; все, что ускоряетъ шелушеніе кожицы, укорачиваетъ тѣмъ самымъ и періодъ заразительности, а потому смазываніе кожи больныхъ жирными веществами и теплыя ванны въ теченіе всего періода выздоровленія играютъ въ этомъ отношеніи очень важную роль. Значеніе жирной смазки кожи въ дѣлѣ обеззараживанія состоитъ еще въ томъ, что сухая чешуйка гораздо легче отдѣляется отъ кожи и летитъ въ воздухъ, осаждаясь

потомъ на мебели и стѣнахъ, тогда какъ, смазанная жиромъ, она остается на мѣстѣ и удаляется ванной.

Въ дѣлѣ распространенія скарлатины играетъ также роль и молоко и не потому, что оно получается отъ зараженныхъ скарлатиной коровъ (они къ скарлатинѣ не воспріимчивы— Arch. f. Kinderh. V. S. 429); а вслѣдствіе способности молока воспринимать въ себя изъ воздуха различные микроорганизмы. Впрочемъ, въ послѣднее время въ англійскихъ газетахъ появились сообщенія, указывающія на то, что у коровъ встрѣчается болѣзнь, хотя и не похожая на скарлатину человѣка, но по этіологіи, вѣроятно, всетаки скарлатина. Такъ въ Concours medical отъ 12 іюня (см. Врачъ, 1886 г. № 24), описанъ случай распространенія скарлатины молокомъ отъ короковъ, на вымени которыхъ находились пузырьки съ гнойнымъ содержимымъ и небольшія язвочки. Содержимое гнойничковъ, будучи привито телятамъ, вызывало у нихъ такіе-же гнойнички и, кромѣ того, злокачественную лихорадку. У одного павшаго теленка вскрытіе показало измѣненія во внутреннихъ органахъ и въ особенности въ почкахъ, какъ при скарлатинѣ у человѣка. Въ этомъ гноѣ Klein нашелъ цѣпочки кокка, растущаго особенно хорошо въ молокѣ. Этотъ-то коккъ и считается Klein'омъ виновникомъ распространенія скарлатины молокомъ. Замѣчательно, что изъ людей, употреблявшихъ зараженное молоко, заболѣвали, главнымъ образомъ, тѣ, которые пили много молока и притомъ въ сыромъ видѣ.

Контагій скарлатины трудно передается прививкой, и опыты, произведенные съ этой цѣлью съ кровью, чешуйками и т. п., удавались далеко не всегда.

Воспріимчивость къ скарлатинѣ распространена среди дѣтей не такъ сильно, какъ къ кори и къ оспѣ и потому гораздо больше можно встрѣтить людей, никогда не имѣвшихъ скарлатины, но перенесшихъ корь, нежели на оборотъ. Невоспріимчивость бываетъ или временная, или постоянная. Въ первомъ случаѣ субъектъ, до поры до времени, не заражается скарлатиной, несмотря на удобные къ тому поводы, а потомъ вдругъ заболѣетъ, хотя на этотъ разъ подвергся, быть

можетъ, дѣйствію болѣе слабаго яда и въ теченіе менѣе продолжительнаго времени. Постоянная невоспріимчивость бываетъ или врожденная (интересно бы прослѣдить, какъ стоитъ въ этомъ отношеніи дѣло у дѣтей, мать которыхъ перенесла скарлатину во время беременности? извѣстно, что мать заразившаяся во время беременности сифилисомъ, можетъ родить здороваго ребенка, не воспріимчиваго къ этой болѣзни; не встрѣчается-ли нѣчто подобное и при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ?) или пріобрѣтенная, встрѣчающаяся у тѣхъ дѣтей, которыя уже имѣли скарлатину. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ, разъ перенесенная скарлатина предохраняетъ субъекта отъ новаго заболѣванія, но, какъ и при другихъ острыхъ заразныхъ болѣзняхъ, не всегда, и для скарлатины исключенія изъ этого правила встрѣчаются даже, какъ будто, чаще, чѣмъ для кори и оспы.

Вторичное заболѣваніе скарлатиной не слѣдуетъ смѣшивать съ ложнымъ возвратомъ и съ рецидивомъ. Подъ именемъ ложнаго возврата — reversio eruptionis, Thomas понимаетъ собственно возвратъ поблѣднѣвшей уже сыпи, рецидивомъ же онъ называетъ появленіе сыпи и лихорадки черезъ нѣсколько дней или недѣль послѣ исчезанія сыпи, но еще до полнаго выздоровленія. Второе заболѣваніе отличается отъ рецидива тѣмъ, что оно появляется *отъ новаго зараженія*, т. е. не зависимо отъ перваго контагія. Время, черезъ которое можно во второй разъ заразиться скарлатиной, колеблется отъ 6 недѣль до 20 и болѣе лѣтъ. По наблюденіямъ Thomas'a, второе заболѣваніе по силѣ своей бываетъ обыкновенно обратно пропорціонально первому, т. е. чѣмъ сильнѣе было первое, тѣмъ слабѣе будетъ второе, и наоборотъ. (Не смѣшивается ли въ такихъ случаяхъ скарлатина съ краснухой? Это еще вопросъ, котораго мы коснемся въ главѣ о скарлатинозной краснухѣ).

Индивидуальная воспріимчивость (у кого она есть) не у всѣхъ одинакова, такъ какъ одинъ и тотъ же ядъ у однихъ производитъ легкое заболѣваніе, а у другихъ тяжелое (тоже самое наблюдается и относительно контагія другихъ болѣзней). Замѣчательно, что если взрослые, невоспріимчивые къ

скарлатинѣ, подвергаются продолжительному вліянію яда, (наприм., матери, ухаживающія за больными дѣтьми), то они все-таки получаютъ нерѣдко скарлатину, но только аномальную, въ видѣ катарральной жабы безъ сыпи и съ незначительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, а то такъ и совсѣмъ безъ него.

Дѣти въ возрастѣ до 6-и мѣсяцевъ часто оказываются невоспріимчивыми къ скарлатинѣ; всего чаще заболѣваютъ дѣти отъ 2 до 7 лѣтъ, а послѣ 15 лѣтъ воспріимчивость снова значительно ослабѣваетъ. Можетъ-ли ребенокъ заразиться скарлатиной въ утробѣ больной матери — съ точностью неизвѣстно, хотя возможность такого зараженія, по аналогіи съ оспой, очень вѣроятна. Рѣшить этотъ вопросъ прямыми наблюденіями затруднительно, именно въ виду физіологической гипереміи кожи и послѣдовательнаго шелушенія эпидермиса у новорожденныхъ. По этой причинѣ случаи Tourtual'я, Gregory и Stiebel'я, цитированные Thomas'омъ (l. c. S. 168) не особенно убѣдительны. Въ случаѣ Tourtual'я дѣло касается 30-и лѣтней женщины, никогда не имѣвшей скарлатины, но съ 8-го мѣсяца и до конца беременности ходившей за двумя скарлатинозными больными. Она разрѣшилась мальчикомъ, который не могъ глотать и имѣлъ необыкновенно красную кожу. Т. призналъ эту красноту за скарлатину, такъ какъ яркая краснота замѣчалась также на язычкѣ и вообще во рту. Если это была дѣйствительно скарлатина, то случай Т. интересенъ еще и въ томъ отношеніи, что ребенокъ заразился скарлатиной въ маткѣ, тогда какъ мать осталась здоровой. Что мать, больная скарлатиной, можетъ родить здороваго ребенка—доказываютъ случаи Murchison'а и Elsässer'а.

Скрытый періодъ при скарлатинѣ отличается отъ инкубаціоннаго стадія другихъ заразныхъ болѣзней своей короткостью и непостоянной продолжительностью. Въ литературѣ описаны несомнѣнные случаи скарлатины съ 24 часовымъ скрытымъ періодомъ. Одинъ изъ подобныхъ случаевъ встрѣтился и мнѣ: мать, жившая въ деревнѣ около ст. Одинцово, поѣхала въ Москву навѣстить свою дочь, лежавшую въ скарлатинѣ въ одномъ изъ пансіоновъ. 1-го февраля она вер-

нулась въ деревню, а 2-го числа ея другая дочь, остававшаяся дома и не имѣвшая другого случая заразиться, какъ только черезъ мать, къ вечеру была уже въ жару, а 3-го февр. у нее показалась и сыпь.

Среднюю продолжительность инкубаціи при скарлатинѣ различные авторы опредѣляютъ различно; такъ, напр., Trousseau считаетъ ее въ 1—2 сутокъ, Thomas—отъ 4 до 7 дней, Gerhardt отъ 7 до 11 дней, Hagenbach отъ 7 до 14 и т. д. На основаніи собственныхъ наблюденій я присоединяюсь къ мнѣнію Thomas'а и за средній срокъ инкубаціи для большинства случаевъ скарлатины считаю отъ 3 до 7 дней. Gerhardt думаетъ, что если зараженіе произошло отъ свѣжаго случая скарлатины, то скрытый періодъ тянется дольше, а если зараженіе произошло отъ больного, находящагося въ періодѣ щелушенія, то инкубація будетъ короче.

Патолого-анатомическія измѣненія.

Скарлатина не характеризуется на трупѣ никакими ей только свойственными измѣненіями внутреннихъ органовъ. Сыпь, поскольку она зависѣла отъ гипереміи кожи, послѣ смерти большею частью исчезаетъ и остается только мѣстами, гдѣ она имѣла геморрагическій характеръ. Эти-то остатки сыпи, вмѣстѣ съ явленіями со стороны зѣва, и являются главными основаніями для посмертной діагностики скарлатины у субъектовъ, умершихъ въ первые дни болѣзни.

Сущность измѣненій состоитъ въ налитіи кожныхъ капилляровъ и въ серозной инфильтраціи подкожной клѣтчатки и нижнихъ слоевъ эпидермиса. По Мандельштаму (Медиц. Обозр. Т. XXIV, стр. 106), патологическій процессъ при скарлатинѣ аналогиченъ съ воспаленіемъ кожи и что воспаленіе это одинаково касается какъ рогового слоя, такъ и собственно кожи и состоитъ въ значительной гипереміи сосудовъ, отекѣ и набуханіи соединительной ткани, равно какъ въ инфильтраціи кожи лимфоидными элементами. Спеціальное изслѣдованіе анатомической сущности скарлатинознаго

дифтерита принадлежитъ Heubner'у (Jahr. f. Kinderh. XIV, B. I, 1871). Сравнивъ его съ обыкновенной дифтеріей, онъ нашелъ, что при скарлатинѣ чаще, чѣмъ при дифтеріи встрѣчается настоящій коагуляціонный некрозъ слизистой оболочки. Макроскопическое отличіе по H. состоитъ въ томъ, что при дифтеріи пленки толще и легче снимаются, при скарлатинѣ же тоньше и могутъ быть отдѣлены только мелкими клочками.

Въ трупахъ субъектовъ, умершихъ отъ сларлатины въ первые дни заболѣванія, встрѣчается, далѣе, темная, жидкая кровь, гиперемія мозговыхъ оболочекъ и катарръ слиз. оболочки желудка, доходящій иногда до степени интерстиціальнаго гастрита.

Въ одномъ случаѣ скарлатины съ смертельнымъ исходомъ черезъ 26 часовъ, Crooke нашелъ сильное утолщеніе всей слизистой оболочки желудка, вслѣдствіе рѣзко-выраженной гиперплязіи лимфатической ткани, встрѣчающейся въ слизистой оболочкѣ желудка дѣтей и молодыхъ субъектовъ, причемъ инфильтрація лимфоидными элементами располагалась мѣстами въ видѣ отдѣльныхъ фокусовъ, отъ которыхъ распространялась лучеобразно на межжелезистую соед. ткань (gastritis interstitialis), кровеносн .сосуды межжел. соед. ткани были растянуты и ядра ихъ стѣнокъ находились въ состояніи размноженія. Эпителій железъ былъ въ состояніи коагуляціоннаго некроза.

До нѣкоторой степени характерно для скарлатины пораженіе фолликулярнаго аппарата кишекъ; подобно тому, какъ въ тифѣ, здѣсь тоже припухаютъ не только Пейеровы бляшки и солитарные фолликулы, но и брыжеечныя железы. Печень увеличена, дрябла, въ состояніи мутнаго набуханія, какъ и при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. По Crooke самыя рѣзкія измѣненія состоятъ въ интерстиціальномъ воспаленіи печени, каковое онъ встрѣчалъ во всѣхъ своихъ случаяхъ, но только въ разной степени.

Siredey, изслѣдуя печени у умершихъ отъ оспы, брюшного тифа, холеры, скарлатины и дифтерита, пришелъ къ убѣжденію, что измѣненія печени при заразныхъ болѣзняхъ, какъ макро-, такъ и микроскопически мало разнятся между собой, и что нѣкоторое различіе зависитъ и отъ времени наступленія смерти. Заразныя болѣзни вызываютъ не паренхиматозное только, а разлитое воспаленіе печени, причемъ сначала межуточный процессъ даже преобладаетъ, жировое же перерожденіе печеночныхъ клѣтотъ наступаетъ позднѣе. (Врачъ. 1886. № 26).

Объ измѣненіяхъ почекъ будетъ подробно сказано ниже. Селезенка не представляетъ постоянныхъ измѣненій и бываетъ увеличена не всегда.

Если больной умираетъ позднѣе, то на кожѣ остаются слѣды скарлатинознаго шелушенія, а во внутреннихъ органахъ тѣ разнообразныя измѣненія, о которыхъ будетъ упомянуто въ главѣ объ осложненіяхъ.

Симптомы.

Самымъ характернымъ симптомомъ скарлатины справедливо считается *сыпь*. Скарлатинозная сыпь описывается иногда какъ сплошная, равномѣрная краснота, занимающая всю поверхность тѣла, кромѣ лица, и не оставляющая среди себя промежутковъ нормальной кожи. Но такое описаніе невѣрно во многихъ отношеніяхъ. Во 1-хъ, скарлатинозная сыпь хотя и сплошная, но она отнюдь не имѣетъ вида равномѣрной красноты, какъ эта бываетъ, напр., при erythema caloricum, сливной кори или при рожѣ, напротивъ того краснота эта *пестрая* или мраморная, такъ какъ *она состоитъ изъ безчисленнаго множества красныхъ точекъ, тѣсно сидящихъ другъ около друга* и оставляющихъ между собой столько пространства, сколько они сами занимаютъ (Thomas).

Эти точки сидятъ на блѣдно-розовомъ фонѣ, который всего замѣтнѣе, если придавить на минуту кожу пальцемъ; по отнятіи пальца, на придавленномъ мѣстѣ остается на нѣсколько секундъ блѣдное пятно, рѣзко выступающее своей бѣлизной среди окружающаго его краснаго фона; черезъ нѣсколько мгновеній на этомъ блѣдномъ пятнѣ появляются сначала отдѣльныя красныя точки, а вслѣдъ за тѣмъ возстановляется и розовый фонъ. Точечный характеръ сыпи бросается въ глаза и простолюдинамъ, которые, принося дѣтей на совѣтъ, часто заявляютъ, что у ребенка показалась мелкая сыпь, словно макомъ его обсыпали.

Въ случаяхъ очень рѣзко окрашенной сыпи, преимущественно въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины, общій фонъ можетъ быть такъ красенъ, что никакихъ точекъ на немъ замѣтить уже нельзя и краснота дѣлается слѣд. сплошной, но и въ такихъ случаяхъ *мѣстами* (особенно на конечностяхъ)

всетаки сыпь остается мраморной или точечной. Сливная (какъ кумачъ) сыпь всего чаще встрѣчается на спинѣ.

Во 2-хъ, несправедливо также и то, будто скарлатинозная сыпь щадитъ лицо; это хотя и встрѣчается въ дѣйствительности, но только въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ, обыкновенно-же кожа лица измѣняется при скарлатинѣ настолько своеобразно, что легко узнать эту болѣзнь прямо по виду, даже не раздѣвая и не разспрашивая больного. *Хорактерность состоитъ именно въ рѣзкомъ контрастѣ между блѣдностью губъ и подбородка съ одной стороны и яркой краснотой щекъ съ другой*. Скарлатинозная сыпь на лицѣ отличается отъ сыпи на туловищѣ тѣмъ, что пунктиръ замѣчается только на вискахъ и отчасти на лбу, щеки-же представляются сплошного краснаго цвѣта, симулируя лихорадочную красноту щекъ, тогда какъ носъ, подбородокъ и верхняя губа остаются нормальнаго цвѣта и кажутся даже блѣднѣе обыкновеннаго.

Въ 3-хъ несправедливо и то, будто скарлатинозная сыпь занимаетъ всю поверхность тѣла, не оставляя нормальныхъ участковъ кожи. Для большинства нормальныхъ случаевъ это, пожалуй, и вѣрно, но дѣло въ томъ, что немало встрѣчается случаевъ скарлатины вообще нормальной, но представляющей отклоненіе отъ нормы въ томъ отношеніи, что сыпь, сливная на туловищѣ, оказывается на конечностяхъ далеко не сливной и особенно обширные участки нормальной кожи остаются на голеняхъ и предплечьяхъ. Вотъ такіе случаи и принимаются начинающими нерѣдко за корь. Цвѣтъ нормальной скарлатинозной сыпи свѣтлорозовый, но оттѣнки его колеблятся отъ едва замѣтной красноты, то темно краснаго и даже съ синеватымъ оттѣнкомъ. Въ большинствѣ случаевъ, чѣмъ сильнѣе скарлатина, тѣмъ краснѣе и сыпь, а фіолетовый или синеватый оттѣнокъ встрѣчается только въ опасныхъ случаяхъ. Если Trousseau говоритъ, что опасность отъ скарлатины стоитъ въ прямомъ отношеніи съ напряженностью высыпанія, то это надо понимать, по моему мнѣнію, въ смыслѣ интензивности окраски сыпи, а отнюдь не распространенности ея. Въ тяжелыхъ случаяхъ сыпь можетъ быть очень ограниченной, но цвѣтъ ея будетъ всетаки

темный, и наоборотъ—самые легкія случаи характеризуются именно тѣмъ, что сыпь при нихъ бываетъ очень распространенная, но блѣднорозовая, а лихорадка невысокая.

Скарлатинозная сыпь начинается обыкновенно съ шеи и верхнихъ частей груди и спины и потомъ въ *нѣсколько часовъ* распространяется на лицо и на все туловище, а къ *концу сутокъ* и на конечности; всего замѣтнѣе она на спинѣ, потомъ на передней поверхности туловища и на сгибательныхъ сторонахъ конечностей, а менѣе всего на голеняхъ и на наружной поверхности бедра.—Высыпаніе ея сопровождается небольшимъ зудомъ.

Время появленія сыпи не отличается постоянствомъ; вообще она показывается раньше, чѣмъ при кори и оспѣ, такъ какъ, въ большинствѣ случаевъ, *она ясно замѣтна* уже къ *концу первыхъ сутокъ отъ начала болѣзни*, а иногда уже черезъ 5—6 часовъ; но бываютъ случаи, когда она запаздываетъ до 3-хъ сутокъ, а въ исключительныхъ случаяхъ, при тяжелыхъ осложненіяхъ, еще больше, такъ, напр., въ случаѣ Trousseau мальчикъ 6—7 лѣтъ въ теченіе цѣлой недѣли представлялъ симптомы менингита: въ началѣ рвота и головная боль, потомъ косоглазіе, замедленіе пульса, апатія и сонливость. Вплоть до 7-го дня Trousseau стоялъ за менингитъ и сдѣлалъ самое дурное предсказаніе, но на 8-й день показалась сыпь скарлатины и съ этого момента нервные припадки исчезли совершенно и скарлатина приняла обычное теченіе.

Раннее появленіе сыпи при скарлатинѣ служитъ причиной того, что болѣзнь эту удается распознать уже на 1-й день болѣзни, чего нельзя сказать про оспу и корь.

Скарлатинозная сыпь появляется не только на кожѣ, но и на слизистыхъ оболочкахъ, именно въ зѣвѣ и на языкѣ. Въ *зѣвѣ* сыпь прежде всего появляется на мягкомъ небѣ, въ центрѣ его. На первый день болѣзни нерѣдко удается наблюдать около корня язычка или при основаніи переднихъ дужекъ мелкопятнистую или точечную сыпь, иногда петехіальнаго характера, которая уже на слѣдующій день превращается въ диффузную красноту, распространяющуюся и на миндалины.

Языкъ въ первые дни заболѣванія представляется обложеннымъ, но на 3—4-й день онъ начинаетъ очищаться съ кончика и краевъ и черезъ день или два дѣлается интензивно краснаго цвѣта съ значительно припухшими сосочками (малиновый или скарлатинозный языкъ). Такой языкъ очень характеристиченъ для скарлатины и въ сомнительныхъ случаяхъ, напр., при скарлатинѣ безъ сыпи, рѣшаетъ діагностику; *не слѣдуетъ только ожидать этого признака на первый же день.*

Высыпаетъ ли скарлатинозная сыпь на другихъ слизистыхъ оболочкахъ, мы не знаемъ; рвота въ началѣ болѣзни не можетъ служить признакомъ пораженія желудка, такъ какъ она можетъ быть сведена на общую инфекцію организма, т. е. на вліяніе скарлатинознаго яда на центральную нервную систему; бо̀льшую доказательную силу въ пользу высыпанія сыпи на слизистой оболочкѣ желудка имѣетъ тотъ фактъ, что при вскрытіи дѣтей, умершихъ въ первые дни тяжелой скарлатины, нерѣдко встрѣчается острый катарръ желудка. Но такъ какъ такой же катарръ встрѣчается и при многихъ другихъ заразныхъ болѣзняхъ, то Thomas высказывается рѣшительно противъ того, чтобъ можно было считать этотъ катарръ за результатъ сыпи. Скарлатинозная сыпь сопровождается иногда, именно въ тяжелыхъ случаяхъ или, по крайней мѣрѣ, въ случаяхъ очень интензивной сыпи, серозной инфильтраціей подкожной клѣтчатки лица, половыхъ органовъ и кистей и точечными геморрагіями въ нѣжныхъ мѣстахъ кожи, преимущественно въ локтевыхъ и колѣнныхъ сгибахъ. Эти точечныя петехіи, являющіяся на ограниченныхъ мѣстахъ, не имѣютъ дурного прогностическаго значенія.

Уклоненія со стороны сыпи характеризуютъ аномальную скарлатину. Скарлатина можетъ протекать совсѣмъ безъ сыпи или съ очень рудиментарной сыпью; объ этой формѣ мы скажемъ нѣсколько словъ позднѣе. Подъ именемъ *scr. miliaris* понимаютъ такую скарлатину, при которой на многихъ мѣстахъ тѣла, а главнымъ образомъ на шеѣ, сгибательныхъ поверхностяхъ конечностей и вообще на нѣжныхъ мѣстахъ появляются многочисленные, очень тѣсно сидящіе и очень мел-

кіе бѣлые пузырьки, наполненные серознымъ содержимымъ; такая миліарная высыпь занимаетъ иногда очень ограниченное мѣсто, гдѣ былъ положенъ, напр., горчичникъ или лежалъ к. н. пластырь и т. п. Миліарной сыпи при скарлатинѣ не придается особаго прогностическаго значенія; я же лично считаю ее скорѣе за благопріятный признакъ, такъ какъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, она встрѣчалалась мнѣ при скарлатинѣ умѣренной силы, протекавшей безъ серьезныхъ осложненій. .

Scarlatina papulosa характеризуется тѣмъ, что тѣ точки, которыя придаютъ скарлатинозной сыпи мраморный видъ и которыя въ нормальныхъ случаяхъ совсѣмъ не выдаются (scarl. laevigata), здѣсь выстоятъ надъ поверхностью кожи и придаютъ ей шагреневый видъ. Возвышенія эти или папулы величиной меньше булавочной головки и подчасъ легче узнаются осязаніемъ, чѣмъ глазомъ. Я никогда не видалъ, чтобъ такой характеръ сыпи былъ бы на всей поверхности тѣла, напротивъ того, папулезная сыпь нерѣдко встрѣчается на тыльной поверхности кистей и на голеняхъ; на послѣднемъ мѣстѣ папулы бываютъ значительно большей величины (съ булавочную головку) и соотвѣтствуютъ обыкновенно волосянымъ мѣшечкамъ.

Scarlatina variegata характеризуется, по авторамъ, мелкопятнистой или розеолезной сыпью. Пятна, roseolae, бываютъ различной величины, напр., отъ чечевицы до боба и неправильной формы. По описанію Thomas'а, пятна эти могутъ сливаться и образуютъ тогда равномѣрную красноту, совсѣмъ не похожую на нормальную, точечную скарлатинозную сыпь. Подобной сыпи мнѣ никогда не случалось видѣть и потому я не могу судить, дѣйствительно ли легко принять такую скарлатину за корь.

Scarl. haemorrhagica характеризуется появленіемъ на кожѣ болѣе или менѣе обширныхъ петехій, какъ при Верлгофьевой болѣзни и кровотеченіемъ изъ слизистыхъ оболочекъ, главнымъ образомъ изъ носа. Такая форма скарлатины встрѣчается очень рѣдко и считается весьма опасной. Наоборотъ точечная геморрагическая сыпь, при которой геморрагіи так-

же мелки и точно такъ же расположены, какъ нормальныя для скарлатинозной сыпи красныя точки, встрѣчаются очень часто, но только не на всей поверхности тѣла, а, какъ ужъ сказано выше, на излюбленныхъ мѣстахъ; иногда, впрочемъ, такія точечныя геморрагіи занимаютъ все туловище и отчасти конечности и служатъ причиной того, что скарлатинозная сыпь остается на нѣсколько дней дольше, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Подобную геморрагическую сыпь случается встрѣчать и въ сравнительно легкихъ случаяхъ, именно, если при этомъ нѣтъ кровотеченій изъ слизистыхъ оболочекъ. Скарлатинозная сыпь, появившись на первый или второй день болѣзни, въ нѣсколько часовъ распространяется на все тѣло и держится въ легкихъ случаяхъ дня 3—4, въ болѣе тяжелыхъ 7—9 дней и потомъ безслѣдно исчезаетъ, не оставляя пигментаціи; а нѣсколько дней спустя начинается шелушеніе кожицы.

Скарлатинозное шелушеніе настолько характерно, что позволяетъ діагносцировать бывшую скарлатину даже и безъ анамнеза. Характерность его состоитъ въ томъ, что на конечностяхъ, въ особенности на пальцахъ, ладоняхъ и подошвахъ кожица лупится большими пластами, а на туловищѣ и лицѣ, мелкими кусочками, напоминающими отруби. Мѣстами и на туловищѣ, а также на ягодицахъ и около большихъ сочлененій, тоже удается отдѣлять кожицу, въ видѣ довольно большихъ кусковъ. По свидѣтельству нѣкоторыхъ авторовъ, вмѣстѣ съ кожицей, сходятъ иногда и ногти, но это встрѣчается очень рѣдко; гораздо чаще, напротивъ, выпадаютъ волоса, которые замѣняются потомъ новыми. — Время появленія шелушенія и продолжительность его бываетъ не всегда одинаково, такъ какъ оно зависитъ отчасти отъ характера сыпи, отчасти-же отъ внѣшнихъ вліяній. Всего раньше начинается оно, въ случаяхъ скарлатины съ миліарной сыпью. Лупленіе кожи идетъ здѣсь съ засохшихъ и лопнувшихъ пузырьковъ уже очень рано, иногда еще до полнаго исчезанія сыпи, тогда какъ въ другихъ случаяхъ, проходитъ 2—14 дней послѣ окончанія лихорадочнаго періода скарлатины, прежде чѣмъ можно замѣтить первые слѣды шелушенія. Въ сред-

немъ оно появляется дней черезъ 5—7 послѣ окончанія лихорадки и тянется недѣли 2 или 3, а иногда и до 6 недѣль. Періодъ шелушенія значительно укорачивается при методическомъ употребленіи теплыхъ ваннъ въ періодѣ выздоровленія. Иногда случается, что одно и то же мѣсто или даже все тѣло лупится нѣсколько разъ, и въ такомъ случаѣ періодъ шелушенія можетъ затянуться до двухъ мѣсяцевъ и дольше. Обыкновенно бываетъ такъ, что, чѣмъ сильнѣе была сыпь, тѣмъ обильнѣе бываетъ и шелушеніе, но полная пропорціональность, между этими двумя явленіями, замѣчается не всегда; извѣстно, наприм., что шелушеніе появляется иногда и послѣ скарлатины безъ сыпи. (Кратковременная сыпь, которую, можетъ быть, просмотрѣли?).

Вторымъ, характернымъ для скарлатины симптомомъ, является воспаленіе горла или такъ называемая *скарлатинозная жаба.*

Узнать скарлатину по однимъ лишь измѣненіямъ слизистой оболочки зѣва, можно только на перый день болѣзни, пока существуетъ мелкоточечная краснота мягкаго неба, т. е. пока гиперемія слизистой оболочки носитъ на себѣ характеръ скарлатинозной сыпи. Красныя точки здѣсь такъ же мелки и также тѣсно сидятъ другъ около друга, какъ и на кожѣ, но разница лишь въ томъ, что на мягкомъ небѣ точки являются обыкновенно выраженіемъ не гипереміи, а мелкихъ петехій. Если сыпь на небѣ не сопровождается точечными петехіями, то она очень скоро уступаетъ мѣсто разлитой краснотѣ, которая характерна, до нѣкоторой степени, только потому, что занимаетъ центръ мягкаго неба (въ отличіе отъ катарральной жабы, локализирующейся, большею частію, на миндалинахъ) и въ первое время всетаки сохраняетъ, до нѣкоторой степени, свой неравномѣрный, мраморный характеръ; какъ на отличительную ея особенность, Monti указываетъ еще на рѣзкія границы скарлатинозной жабы.

Черезъ день или два специфическій характеръ жабы исчезаетъ, краснота дѣлается разлитой и распространяется на миндалины и на заднюю стѣнку глотки.

Интензивность и характеръ скарлатинозной жабы зависятъ отъ силы самой скарлатины. Въ легкихъ случаяхъ, протекаю-

щихъ при умѣренной лихорадкѣ и при блѣднорозовой, но хорошо развитой сыпи, измѣненія слизистой оболочки зѣва соотвѣтствуютъ обыкновенной катарральной жабѣ: больной жалуется на легкую боль при глотаніи, и при осмотрѣ оказывается разлитая краснота дужекъ и миндалинъ; шейныя и подчелюстныя железы не припухаютъ вовсе и дня черезъ 3—4 все приходитъ къ нормѣ.

Въ случаяхъ средней силы, составляющихъ большинство, скарлатинозная жаба соотвѣтствуетъ фолликулярной ангинѣ, отъ которой не отличается ни какими особенными признаками. Боль при глотаніи здѣсь сильнѣе, чѣмъ въ предыдущей формѣ, но главное отличіе состоитъ въ томъ, что на покраснѣвшихъ и слегка припухшихъ миндалинахъ замѣчаются многочисленныя, желтоватаго цвѣта, величиной отъ булавочной головки до чечевицы, возвышенныя пятнушки, служащія выраженіемъ припухшихъ и нагноившихся слизистыхъ железокъ; черезъ нѣсколько часовъ или черезъ сутки нарывчики вскрываются, и желтыя образованія исчезаютъ безслѣдно, или же на ихъ мѣстѣ остаются на 2—3 дня такой же величины желтоватыя язвочки. При этой формѣ, подъ угломъ нижней челюсти, съ одной или съ обѣихъ сторонъ, замѣчается припуханіе железъ.

Помимо этихъ желтоватыхъ островковъ, на миндалинахъ встрѣчаются при скарлатинѣ еще и другого рода пятнушки или цѣлыя бляшки, не имѣющія ничего общаго съ дифтеритомъ; они почти совсѣмъ бѣлаго цвѣта, легко удаляются кисточкой, (если только не сидятъ въ лакунахъ миндалевидной железы) и обязаны своимъ происхожденіемъ гиперплязіи шелушащагося эпителія.

Въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины воспаленіе слизистой оболочки зѣва усиливается до степени дифтеритическаго воспаленія, но это еще вовсе не значитъ, что скарлатина осложнилась дифтеріей, или что больной заразился двумя ядами; если бы мы, по формѣ жабы, вздумали бы судить объ ея этіологіи, то съ такимъ же правомъ могли бы предположить, что легкіе случаи скарлатины всегда осложняются простудной жабой, что, конечно, никому не приходитъ въ голову. Все

признають за скарлатинознымъ ядомъ способность вызывать воспаленіе зѣва различной степени интензивности, но многіе почему то не допускають, чтобы ядъ этотъ могъ бы вызвать и самыя сильныя степени воспаленія, сопровождающіяся образованіемъ дифтеритическаго эксудата. Если, однако, принять въ соображеніе, что дифтеритическій эксудатъ не есть необходимая и исключительная принадлежность дифтеріи, а что, помимо яда дифтеріи, онъ можетъ быть вызванъ и другими раздражителями, даже и не инфекціонными веществами, а чисто химическими или механическими агентами, то, конечно, станетъ ясно, что *присутствіе гдѣ бы то не было, а въ томъ числѣ и въ зѣвѣ, дифтерическихъ пленокъ, вовсе не доказываетъ наличности зараженія даннаго субъекта*, *ядомъ дифтеріи*.

Тождество скарлатинознаго дифтерита съ обыкновенной дифтеріей можно бы было признать только въ томъ случаѣ, если бы оно было доказано какъ относительно симптомовъ и теченія, такъ и относительно этіологіи (что, конечно, гораздо важнѣе), но пока этого никѣмъ еще не сдѣлано, мы имѣемъ полное право считать скарлатинозный дифтеритъ за результатъ дѣйствія самого скарлатинознаго яда, что тѣмъ болѣе вѣроятно, что и этіологическія и клиническія данныя говорятъ противъ тождества скарлатинознаго дифтерита съ обыкновенной дифтеріей.—На этомъ вопросѣ я уже останавливался въ своей статьѣ о дифтеріи; но здѣсь я возвращаюсь къ нему снова, такъ какъ вопросъ имѣетъ не только теоретическій интересъ, но и громадное практическое значеніе, именно по отношенію къ вопросу объ изоляціи подобнаго рода больныхъ отъ другихъ скарлатинозныхъ, а также относительно прогноза, такъ какъ послѣдствія скарлатинознаго дифтерита не тѣ, что обыкновенной дифтеріи. а потому никакъ нельзя согласиться съ Baginsky'мъ, который говоритъ (Handb. d. Kinderh. S. 85), будто вопросъ о тождествѣ этихъ двухъ дифтеритовъ для практики совершенно безразличенъ.

Со стороны этіологической важно отмѣтить три обстоятельства, во 1-хъ, что *скарлатина можетъ сопровождаться образованіемъ дифтеритическаго эксудата въ зѣвѣ*, *даже и въ та-*

кихъ мѣстностяхъ (напр., въ деревняхъ), *гдѣ нѣтъ и не было дифтеріи*, а слѣдовательно, неоткуда и заражаться ея ядомъ скарлатинознымъ больнымъ; во 2-хъ, если въ семьѣ есть нѣсколько случаевъ скарлатины, изъ которыхъ у нѣкоторыхъ скарлатинозная жаба простая или фолликулярная, а у другихъ дифтеритическая, то первые не получаютъ дифтеріи, несмотря на совмѣстное пребываніе всѣхъ больныхъ въ одной и той же комнатѣ въ теченіе долгаго времени.

Наблюденія, доказывающія возможность зараженія въ подобныхъ случаяхъ дифтеритомъ, существуютъ, но они крайне рѣдки и объясняются или тѣмъ, что заразившійся больной получилъ не дифтерію, а скарлатинозную, злокачественную жабу безъ сыпи или тѣмъ, что заразившій больной дѣйствительно былъ зараженъ ядами двухъ инфекціонныхъ болѣзней, т. е. скарлатиной и дифтеріей и передалъ только послѣднюю. Такой случай, конечно, возможенъ и никто не утверждаетъ, что скарлатинозный больной не воспріимчивъ къ яду дифтеріи, такъ же какъ и къ яду кори, напр., и т. п., но de facto подобная случайность встрѣчается крайне рѣдко, если только не считать случаевъ зараженія въ больницахъ, гдѣ, по свидѣтельству Henoch'а (l. c., стр. 570) бываетъ и такъ, что больной, только что перенесшій скарлатину съ дифтеритомъ, вслѣдъ за тѣмъ получаетъ обыкновенную дифтерію, отъ которой и умираетъ; отсюда слѣдуетъ, что *скарлатинозный дифтеритъ нисколько не предохраняетъ больного отъ яда дифтеріи*; обстоятельство очень важное, такъ какъ больной, перенесшій дифтерію, дѣлается невоспріимчивымъ къ новому зараженію, по крайней мѣрѣ, въ ближайшемъ будущемъ?

Въ 3-хъ, въ пользу возможности происхожденія дифтеритической жабы подъ вліяніемъ скарлатинознаго яда, говорятъ случаи зараженія тяжелой скарлатиной отъ больного имѣвшаго легкую форму болѣзни съ простой катарральной или съ фолликулярной жабой. Фактъ этотъ извѣстенъ, конечно всѣмъ, такъ какъ только па основаніи подобныхъ наблюденій и можно признавать за скарлатину разныя аномальныя формы ея, по симптомамъ вовсе непохожія на настоящую скарлатину.

Въ клиническомъ отношенiи прежде всего бросается въ глаза *время появленiя дифтеритической* жабы при скарлатинѣ. Какъ бы сильно не началась скарлатина, никогда нельзя разсчитывать встрѣтить дифтеритъ уже на первый и даже на второй день болѣзни; какъ правило, онъ появляется только на 3, 4 или 5-й день. Если дифтеритическiй экссудатъ не появился и на 5-й день, то можно быть почти увѣреннымъ, что онъ и не появится. Если дифтеритъ появляется за нѣсколько дней до сыпи, или черезъ 8—10 и болѣе дней послѣ нея, что встрѣчается иногда въ больницахъ, то одного этого уже достаточно, чтобы предположить осложненiе скарлатины настоящей дифтерiей. Если принять инкубацiонный перiодъ дифтерiи въ 3—5 дней, и сопоставить съ этимъ время появленiя дифтеритическаго эксудата при скарлатинѣ, то будетъ очень странно, что время зараженiя скарлатинозныхъ ядомъ дифтерiи почти всегда случается яко бы въ первый день болѣзни, даже и въ томъ случаѣ, если больной не имѣлъ никакого повода къ такому зараженiю.

Противъ тождества говоритъ далѣе то обстоятельство, что во многихъ случаяхъ можно съ перваго же дня предсказать скорое появленiе дифтерита; это удается именно во всѣхъ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины, которые съ самаго начала выражаются очень высокой температурой, бредомъ, сухимъ языкомъ и вообще тяжелыми симптомами отравленiя; если такого рода больные переживаютъ 3-й день болѣзни, то они почти обязательно получаютъ дифтеритъ, потому что чѣмъ сильнѣе дѣйствiе яда проявляется въ общихъ явленiяхъ и чѣмъ интензивнѣе бываетъ сыпь, тѣмъ сильнѣе, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, поражается и горло. Правило это допускаетъ, конечно, исключенiя, какъ и вообще всѣ наши медицинскiя правила, и если случается встрѣчать тяжелыя формы скарлатины безъ сыпи, то отчего не быть тяжелымъ формамъ и безъ злокачественной жабы, но мы говоримъ здѣсь о томъ, что встрѣчается обыкновенно. Въ силу только что сказаннаго, если бы держаться унитарнаго взгляда, то пришлось бы допустить, что тяжелой скарлатины не существуетъ, а то, что извѣстно подъ этимъ именемъ, есть ре-

зультатъ зараженія организма двумя ядами: скарлатинознымъ и дифтерійнымъ, что, конечно, менѣе вѣроятно.

Въ пользу самостоятельности скарлатинозной жабы говоритъ далѣе и то, что между самой легкой катарральной жабой и тяжелой дифтеритической, при скарлатинѣ наблюдаются всевозможныя переходныя формы, не исключая и ложноперепончатыхъ жабъ, характеризующихся образованіемъ на слизистой оболочкѣ миндалинъ обширныхъ, но легко отдѣляющихся пленокъ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ встрѣчается такъ называемый ложный дифтеритъ (въ смыслѣ Weigert'a), т. е. такого рода дифтеритическая жаба, при которой пленки сидятъ крѣпко, но экссудатъ не пропитываетъ самаго вещества слизистой оболочки и потому по отпаденіи пленокъ не остается язвъ и, наконецъ въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ развивается настоящее дифтеритическое воспаленіе, сопровождающееся некрозомъ пораженной слизистой оболочки. Самые обширные рубцы въ зѣвѣ и на мягкомъ небѣ я встрѣчалъ именно послѣ скарлатинознаго дифтерита, а не послѣ обыкновенной дифтеріи, что согласуется съ микроскопическими изслѣдованіями Weigert'a и Heubner'a, которые нашли, что настоящее дифтеритическое воспаленіе при скарлатинѣ встрѣчается чаще, чѣмъ при дифтеріи, которой болѣе свойственъ такъ называемый ложный дифтеритъ.

Спрашивается, при какомъ же собственно анатомическомъ измѣненіи слѣдуетъ допустить осложненіе скарлатины дифтеріей? Гдѣ кончается вліяніе скарлатиннаго яда и начинается дѣйствіе другого? При той постепенности перехода легкихъ формъ жабы въ тяжелыя, какая наблюдается при постели больного, на данный вопросъ унитаристы не могутъ дать подходящаго отвѣта, между тѣмъ какъ съ дуалистической точки зрѣнія вопросъ этотъ рѣшается очень просто, потому что различная градація дѣйствія яда замѣчается во всѣхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ и относительно любого изъ симптомовъ, и было бы очень странно, еслибъ одна только скарлатинозная жаба составляла бы исключеніе изъ этого общаго правила.

Да, наконецъ, и самое *теченіе скарлатиннаго дифтерита* нѣ-

сколько отличается отъ теченія обыкновенной дифтеріи. Какъ уже сказано, скарл. дифтеритъ появляется не на первый день болѣзни, а развивается постепенно въ теченіе первыхъ 3-хъ или 4-хъ дней. Сначала слизистая оболочка зѣва представляетъ только болѣе или менѣе сильную инъекцію и нѣкоторую припухлость миндалей и дужекъ; въ тяжелыхъ случаяхъ воспалительная краснота отличается синеватымъ или багровымъ оттѣнкомъ; дня черезъ два появляются отдѣльно сидящіе, желтоватые островки какъ при angina follicularis, съ тою лишь разницей, что они скоро сливаются, образуя большія перепонки. Въ легкихъ случаяхъ они могутъ ограничиваться однѣми миндалинами, но это бываетъ сравнительно рѣдко, въ большинствѣ же случаевъ эксудатъ оказываетъ большую наклонность къ распространенію на сосѣднія части, но не на гортань, а кверху—на небо и на хоаны.

Въ этой-то особой наклонности скарл. жабы распространяться кверху и щадить гортань и состоитъ существенное отличіе ея отъ дифтерійной жабы, которая, какъ извѣстно, оказываетъ къ гортани значительное пристрастіе. Правда, въ нѣкоторыхъ госпиталяхъ встрѣчается немало случаевъ развитія крупа въ теченіе скарлатинознаго дифтерита, но въ подобныхъ случаяхъ есть основаніе подозрѣвать осложненіе скарлатины дифтеріей. Trousseau, которому принадлежитъ выраженіе, что скарлатина не любитъ гортани, тоже видалъ, конечно, исключенія изъ этого правила, но только въ случаяхъ поздняго появленія злокачественной жабы, напр., послѣ 8-го дня, и потому онъ считалъ такую жабу (т. е которая поздно появляется и распространяется на гортань) за обыкновенную дифтерію, присоединившуюся къ скарлатинѣ.

Если дифтеритическій процессъ распространился на хоаны, и появился злокачественный насморкъ, выражающійся сначала просто скопленіемъ въ носовыхъ ходахъ большого количества слизисто-гнойнаго отдѣляемаго, а потомъ появленіемъ дифтеритныхъ или крупозныхъ пленокъ близь отверстія ноздрей, то почти навѣрное можно разсчитывать, что тотъ же процессъ перейдетъ по Евстахіевымъ трубамъ и на среднее ухо. Переходъ этотъ обозначается иногда очень сильными

болями въ ушахъ, а нерѣдко и болью при давленіи сзади уха, на сосцевидный отростокъ; но въ другихъ случаяхъ, страннымъ образомъ, прободеніе барабанныхъ перепонокъ и течь изъ ушей развивается совсѣмъ безъ жалобъ со стороны больного. Скарлатинозный дифтеритъ охотно распространяется также и на твердое небо и на другія части полости рта, именно на внутреннюю поверхность щекъ, на боковыя части языка и на губы. Понятно, что при такомъ обширномъ распространеніи дифтеритическаго процесса дѣло не обходится безъ опуханія шейныхъ и подчелюстныхъ железъ. Сначала припухшія железки прощупываются въ видѣ подвижныхъ, рѣзко ограниченныхъ, кругловатыхъ тѣлъ, но по мѣрѣ развитія процесса воспаленіе распространяется и на сосѣднюю клѣтчатку, припухшія железы спаиваются въ объемистую опухоль, твердой консистенціи и покрытой натянутой, слегка покраснѣвшей и очень болѣзненной при давленіи кожей. Любимое мѣсто подобныхъ опухолей тотчасъ ниже сосцевиднаго отростка, но они могутъ появиться и на другихъ мѣстахъ шеи, болѣе кпереди; въ особенно тяжелыхъ случаяхъ инфильтрируется подкожная клѣтчатка всей передней поверхности шеи и подбородочной области, и получается картина симптоматической ang. Ludowici. Если железы потеряли свою подвижность вслѣдствіе воспаленія окружающей ихъ клѣтчатки, то дѣло неминуемо должно кончиться образованіемъ абсцесса, а если онъ не образуется во всѣхъ тяжелыхъ случаяхъ, то только потому, что больной нерѣдко умираетъ раньше чѣмъ успѣетъ образоваться гной.

При обыкновенной дифтеріи тоже встрѣчается и дифтеритическій насморкъ и пораженіе железъ и шейной клѣтчатки, но разница въ томъ, во 1-хъ, что вмѣсто твердаго инфильтрата, здѣсь несравненно чаще встрѣчается отечная опухоль шеи и во 2-хъ, что до абсцессовъ железъ при дифтеріи дѣло доходитъ очень рѣдко, такъ какъ дифтеритическій насморкъ сопровождаетъ обыкновенно септическую форму дифтеріи, которая гораздо опаснѣе чѣмъ большинство случаевъ скарлатины, осложненныхъ злокачественнымъ насморкомъ, и кончается смертью въ громадномъ большинствѣ случаевъ еще за-

долго до образованія нарыва. Другими словами, между скарлатинознымъ дифтеритомъ и самостоятельнымъ существуетъ разница и въ прогностическомъ отношеніи, такъ какъ скарлатинозный дифтеритическій насморкъ далеко не можетъ служить столь опаснымъ предзнаменованіемъ, какъ такой же насморкъ при дифтеріи; довольно сказать, что первый иногда переносится даже и грудными дѣтьми.

Какъ на послѣдній доводъ въ пользу самостоятельности скарлатинознаго дифтерита, укажу еще на то, что послѣ дифтеріи нерѣдко развиваются послѣдовательные дифтеритическіе параличи, которые никогда не встрѣчаются у больныхъ перенесшихъ злокачественную скарлатинозную жабу, съ какимъ бы то ни было обширнымъ дифтеритическимъ эксудатомъ; точно также не бываетъ послѣ скарлатины и внезапной смерти въ періодѣ выздоровленія отъ послѣдовательнаго паралича сердца.

Вотъ данныя, на основаніи которыхъ мы считаемъ себя въ правѣ утверждать, что *скарлатинозный дифтеритъ есть такой-же необходимый спутникъ тяжелой скарлатины, какъ катарральная жаба аттрибутъ скарлатины легкой.* Съ обыкновенной дифтеріей скарлатинозная злокачественная жаба имѣетъ общимъ признакомъ только наличность дифтеритическаго воспаленія, но теченіе этого воспаленія и главнымъ образомъ его этіологія совершенно различны. Скарлатина не потому бываетъ тяжела, что къ ней дифтеритъ присоединяется, а наоборотъ — послѣдній появляется вслѣдствіе того, что заболѣваніе тяжело, т. е., что зараза очень сильна или что она пала на очень удобную для нея почву и потому пышно расцвѣла. То же самое мы видимъ и въ оспѣ и во всѣхъ другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ; вѣдь никто же не сомнѣвается въ томъ, что оспа бываетъ тяжела не потому, что сопровождается сливной сыпью, а напротивъ, сыпь дѣлается сливной п. ч. яда очень много или зараженіе слишкомъ сильно.

Послѣ Trousseau изъ современныхъ авторовъ за самостоятельность скарлатинознаго дифтерита высказались Henoch и Demme, потомъ Heubner, а за осложненіе скарлатины дифтеріей стоятъ Thomas, Ellis, Cadet de Gassicourt, Bohn и большин-

ство практическихъ врачей. Слѣдовательно вопросъ о скарлатинозномъ дифтеритѣ и до сихъ поръ еще принадлежитъ къ числу нерѣшенныхъ и, вѣроятно, останется таковымъ до новыхъ изслѣдованій, которыми выяснится когда нибудь настоящая сущность ядовъ скарлатины и дифтеріи. Вотъ, когда мы научимся получать эти яды въ чистомъ видѣ, ну хоть бы, напр., въ видѣ культуръ извѣстныхъ микроорганизмовъ, тогда, конечно, занимающій насъ вопросъ будетъ рѣшенъ окончательно и безапелляціонно, - а пока слѣдовало бы, согласно совѣту Henoch'a, чтобъ избѣжать путаницы номенклатуры, изгнать изъ употребленія названіе скарлатинозный дифтеритъ, и замѣнить его ничего не предрѣшающимъ терминомъ—*злокачественная скарлатинозная жаба*.

Третій кардинальный симптомъ скарлатины есть *лихорадка*.

Кривая температуры при скарлатинѣ не настолько типична, чтобъ можно бы было узнать скарлатину при одномъ лишь взглядѣ на температурный листъ. Большинство случаевъ нормальной скарлатины характеризуется быстрымъ повышеніемъ температуры, короткимъ фастигіумомъ, съ незначительными утренними пониженіями и сравнительно медленнымъ, не критическимъ, окончаніемъ.

Лихорадка начинается вдругъ, у болѣе взрослыхъ дѣтей съ озноба, и уже черезъ нѣсколько часовъ достигаетъ 39,—39,5 градусовъ; въ теченіе 1—2 слѣдующихъ дней t⁰ еще немного подымается и, достигнувъ 40,—40,5, стоитъ на этой высотѣ до 4-го или 5-го дня, а потомъ начинаетъ постепенно, но прогрессивно опускаться и дня черезъ 3 или 4 достигаетъ нормы, такъ что лихорадочный періодъ при нормальной, неосложненной скарлатинѣ продолжается приблизительно 7—9 дней.

Въ другихъ случаяхъ, независимо отъ легкости или тяжести заболѣванія, лихорадка начинается далеко не такъ бурно, и на первый вечеръ t достигаетъ лишь 38,5, но за симъ съ каждымъ днемъ усиливается и достигаетъ своего maxim. на 4 или даже только на 5-й день, а потомъ или начинается дефервесценція или подъ вліяніемъ осложненій затягивается, какъ лихорадка перваго типа, на неопредѣленное время. Въ

виду подобныхъ случаевъ, нельзя согласиться съ Cadet de Gassicourt'омъ, когда онъ говоритъ, что тяжелая скарлатина всегда начинается сильно (l. c. p. 416).

Въ чистыхъ случаяхъ обыкновенно бываетъ такъ, что лихорадка держится дольше сыпи дня на 3—4 или же случается такъ, что прекратившаяся было лихорадка черезъ день, два или и позднѣе, вдругъ появляется снова, возбуждаетъ во врачѣ напрасныя опасенія насчетъ появленія какого либо осложненія и дня черезъ два снова проходитъ.

Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ maximum t°'ы можетъ быть достигнутъ уже на первый день, еще до высыпанія. Помимо этого, тяжелая скарлатина отличается вообще очень высокими температурами и ничтожными утренними пониженіями.

Какъ долго можетъ тянуться лихорадка при осложненіяхъ, этого сказать нельзя, такъ какъ все зависитъ отъ характера осложненій. Въ первое время всего чаще поддерживаетъ лихорадку дифтеритъ зѣва, носа и въ особенности ушей, а также зависящіе отъ него нарывы въ железахъ и шейной клѣтчаткѣ. Подъ вліяніемъ только этихъ процессовъ лихорадка затянулась въ одномъ изъ моихъ случаевъ, у дѣвочки 6 лѣтъ, до 53-го дня. Я приведу здѣсь эту кривую, потому что подобные случаи, хотя, можетъ быть, и не столь продолжительные, встрѣчаются нерѣдко, и она можетъ служить для нихъ типическимъ образчикомъ.

Дѣвочка Б. 6 лѣтъ, заболѣла скарлатиной 3-го ноября. Первые признаки дифтеритическаго эксудата замѣчены были на 3-й день; онъ быстро распространился на носъ и уши, а на 12-й день былъ уже вскрытъ обширный абсцессъ на шеѣ. Другихъ осложненій въ дальнѣйшемъ теченіи не было; лихорадка шла такъ:

		Утромъ.		Вечеромъ.
2-й	день	—		40,5
3	»	—	41,1	40,4
4	»	40,6	41,1	41
5	»	40,9	40,7	40,8
6	»	40,5	41	40,4
7	»	40,5	40,6	40,5
8	»	40,4	40,3	40,4
9	»	40,4	41,1	40,2
10	»	40,2	39,9	40,6

11-й день	40,6	40	40,3	
12 »	40,6	40,3	40,5	абсцессъ вскрытъ.
13 »	40,2	40,5	40,4	
14 »	41,1	40,4 *)	40,9 *)	ванна 26^0 R. 6 минутъ.
15 »	40,1 *)	41 *)	39,5 *)	ванны 24^0 10 мин.
16 »	39,8 **)	38,8	38,8 **)	хининъ 5 гр.
17 »	39,4	40,6 **)	38,5 **)	хининъ 7 гр.
18 »	39,5	39,7 **)	39,5 **)	хининъ 8 гр. рвота.
19 »	39,5 *)	38,6	39,1 *)	хининъ 5 гранъ.
20 »	39,9	40,6 *)	39,3 *)	хининъ 5 гранъ.
21 »	39,6	39,4	39	
22 »	39,1	38,6	39	
23 »	39,8	39,2	39	
24 »	38,1	38,8	39	
25 »	39,2	39,4	—	
26 »	38,8	38,3	38,6	
27 »	38,5	38,6	38,8	
28 »	38,3	39,2	39,2	
29 »	39	39	38,8	
30 »	38,9	—	38,2	
31 »	37,7	—	38,3	
32 »	37,9	—	38,9	
33 »	38,4	—	38	
34 »	38,2	—	37,9	
35 »	38,2	—	—	
36 »	38	—	38,4	
37 »	37	—	38	
38 »	38,1	—	38,2	
39 »	38,1	—	38	
40 »	37,9	—	38,1	
41 »	37,7	—	37,8	
42 »	38,2	—	38	
43 »	38	—	38	
44 »	—	—	38,2	
45 »	38,9 *)	—	37,8 *)	хининъ 5 гранъ.
46 »	37,8	—	37,9	
47 »	38	38,5	37,6	
48 »	37,9	—	37,5	
49 »	37,8	38,4	38,1	
50 »	38	—	38	

51 день	37,8—38
52 »	37,6—38
53 »	37,6—37,6
54 »	37,7—37,4
55 »	37,3—37,4
56 »	36,7

Еще болѣе продолжительную лихорадку можетъ поддерживать плевритъ, гнойный синовитъ и піэмія.

Изъ скрытно протекающихъ болѣзней, могущихъ быть причиной лихорадки, въ періодѣ выздоровленія слѣдуетъ имѣть въ виду пери—и эндокардитъ, которые присоединяются къ скарлатинѣ не особенно часто, а также нефритъ.

Вопросъ о томъ, можетъ ли легкая скарлатина протекать совсѣмъ безъ лихорадки, въ чемъ сомнѣваются нѣкоторые авторы, я, на основаніи собственныхъ наблюденій, долженъ рѣшить въ утвердительномъ смыслѣ, въ каковомъ высказывается также и Thomas. Кромѣ трехъ поименованныхъ кардинальныхъ симптомовъ, каковы сыпь, жаба и лихорадка, при скарлатинѣ встрѣчается еще не мало другихъ припадковъ со стороны различныхъ органовъ.

Со стороны *органовъ пищеваренія* на первомъ планѣ должны быть поставлены рвота и измѣненія языка.

Рвота въ началѣ остро-лихорадочныхъ болѣзней встрѣчается у дѣтей нерѣдко, но при скарлатинѣ она зависитъ, повидимому, не столько отъ быстраго повышенія температуры, сколько отъ специфическаго дѣйствія яда. Къ такому заключенію мы приходимъ не только потому, что въ началѣ скарлатины рвота встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, но также и потому, во 1-хъ, что рвота бываетъ обыкновенно и въ легкихъ случаяхъ, протекающихъ съ очень умѣренной лихорадкой, а во 2-хъ, еще и потому, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ она оказывается очень упорной. Мнѣ случилось однажды наблюдать двухъ и трехдневную рвоту у двухъ братьевъ, имѣвшихъ скарлатину безъ сыпи (angina follicularis, умѣренная лихорадка и рвота) и выздоровѣвшихъ черезъ 4—5 дней. Нерѣдко встрѣчается впрочемъ и однократная рвота. Что она происходитъ подъ вліяніемъ скарлатинознаго яда, видно и изъ того, что отъ нея не избавлены и болѣе взрослыя дѣти, у которыхъ, какъ извѣстно, простой лихорадочной рвоты не бываетъ.

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ рвота появляется на 1-й день болѣзни, обыкновенно послѣ какого нибудь питья или пріема лѣкарства; рѣже—на второй.

Содержимое рвоты сначала состоитъ изъ остатковъ пищи,

принятой наканунѣ, а потомъ изъ слизистой жидкости съ примѣсью желчи.

Діагностическое значеніе рвоты состоитъ въ томъ, что она даетъ право подозрѣвать начало скарлатины, если у ребенка 5-и лѣтъ или старше, вмѣстѣ со рвотой появилась лихорадка и простая или фолликулярная жаба.

Скарлатинозный языкъ пользуется у врачей большой извѣстностью. Онъ характеризуется тѣмъ, что совершенно очищается отъ бѣлаго, эпителіальнаго налета и является интензивно красно-малиноваго цвѣта, съ значительно увеличенными сосочками, откуда названіе малиновый или кошачій языкъ. Такой языкъ очень характеренъ для скарлатины, такъ какъ въ своей рѣзкой формѣ встрѣчается исключительно только при этой болѣзни, что зависитъ отъ высыпанія на его слизистой оболочкѣ скарлатинозной сыпи. Несомнѣнно, что онъ можетъ рѣшать діагностику сомнительныхъ случаевъ скарлатины, протекающей безъ сыпи, но съ ангиной. Скарлатинозная сыпь щадитъ иногда не только кожу, но и языкъ, а потому отсутствіе скарлатинознаго языка не можетъ служить опроверженіемъ діагностики, если существованіе скарлатины доказывается этіологическими моментами или сыпью на кожѣ и другими симптомами.

Для распознаванія скарлатины на *первый день* болѣзни, свойство языка не можетъ имѣть значенія, такъ какъ очищеніе его не дѣлается сразу и потому, въ первые два дня онъ бываетъ, обыкновенно, сильно обложенъ, а потомъ начинаетъ постепенно очищаться, и прежде всего съ кончика и краевъ; свой характерный видъ онъ получаетъ, такимъ образомъ, не ранѣе 3-го или 4-го дня и сохраняетъ его приблизительно съ недѣлю.

Въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины, языкъ тоже очищается, но характерность его держится недолго, такъ какъ онъ скоро высыхаетъ, трескается и покрывается темнобурыми корками.

Потеря аппетита, усиленная жажда и наклоность къ запорамъ, спутники всякаго сильнаго жара, встрѣчаются, конечно, и при скарлатинѣ. Въ нѣкоторыхъ тяжелыхъ случаяхъ съ первыхъ же дней появляется неудержимый поносъ, пользую-

щійся весьма дурной репутаціей въ прогностическомъ отношеніи.

Печень и селезенка, въ большинствѣ случаевъ, не представляютъ замѣтныхъ измѣненій; но въ тяжелыхъ случаяхъ иногда удается замѣтить при перкуссіи умѣренное увеличеніе этихъ органовъ.

Моча при скарлатинѣ въ первые дни болѣзни представляетъ обычныя свойства лихорадочной мочи: она насыщеннаго цвѣта, большого удѣльнаго вѣса и въ уменьшенномъ количествѣ.

Henoch обратилъ вниманіе на тотъ интересный фактъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ скарлатины, въ разгарѣ лихорадки вдругъ начинаетъ отдѣляться моча замѣчательно блѣдная, больше похожая на воду, чѣмъ на продуктъ дѣятельности почекъ. Такую мочу не разъ приходилось видѣть и мнѣ и притомъ, какъ въ тяжелыхъ, даже смертельныхъ случаяхъ, такъ и въ сравнительно легкихъ.

Во многихъ случаяхъ скарлатины, въ періодѣ лихорадки и цвѣтенія сыпи, въ мочѣ появляется бѣлокъ, обыкновенно въ незначительномъ количествѣ, въ сопровожденіи скудныхъ гіалиновыхъ цилиндровъ и небольшого числа перерожденныхъ эпителіальныхъ клѣтокъ. Моча при этомъ остается свѣтла, количество ея уменьшается незначительно, она не содержитъ крови и не даетъ осадка, словомъ совсѣмъ не похожа на мочу при настоящемъ нефритѣ, развивающемся въ періодѣ выздоровленія.

По Bohn'у моча въ началѣ скарлатины содержитъ обыкновенно помутнѣвшій и перерожденный почечный эпителій, рѣдко эпителіальные и еще рѣже гіалиновые цилиндры, красныя и бѣлыя кровяныя тѣльца, а бѣлокъ только въ исключительныхъ случаяхъ (Gerhardt's Handb. II. T. s. 273).

Черезъ нѣсколько дней альбуминурія исчезаетъ; до развитія водянки и уреміи дѣло никогда не доходитъ, если только эта альбуминурія не переходитъ въ настоящій нефритъ, что случается впрочемъ, по общему отзыву авторовъ, крайне рѣдко.

Анатомической причиной скарлатинозной альбуминуріи

можно считать катарръ почекъ или зернистое перерожденіе почечнаго эпителія, преимущественно извитыхъ канальцевъ.

Въ первомъ періодѣ скарлатины макроскопическія измѣненія почекъ, по крайней мѣрѣ въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ, состоятъ, по Klebs'у, въ томъ, что почка представляется увеличенной на счетъ корковаго вещества, которое въ разрѣзѣ оказывается анемичнымъ, и своимъ сѣровато-желтымъ цвѣтомъ рѣзко отличается отъ темно-сине-краснаго, полнокровнаго мозгового вещества. По сѣрому фону коры часто удается видѣть налитые кровью и потому красные клубочки; мѣстами канальцы клубочка разрываются, и кровь не только выполняетъ капсулу его, но изливается и въ начальные участки извитыхъ канальцевъ, доходя m. o. до поверхности почки.

Friedlaender чаще встрѣчалъ въ этомъ періодѣ почки почти вовсе неизмѣненными со стороны своихъ макроскопическихъ свойствъ; онѣ были нормальной величины и только нѣсколько полнокровнѣе, чѣмъ въ нормѣ; микроскопическія же измѣненія сводились къ помутнѣнію и отслойкѣ эпителія извитыхъ, а отчасти и прямыхъ канальцевъ.

Въ видахъ выясненія патогенеза скарлатинозной альбуминуріи важно отмѣтить, что по изслѣдованіямъ Полубинскаго (къ вопросу о пораженіяхъ почекъ при скарлатинозномъ процессѣ. Дисс., 1886) и Crooke (Fortchsr. d. Med. 1885, № 20), къ первомъ періодѣ скарлатины поражается не только эпителій извитыхъ канальцевъ, но и самые клубочки. Главнѣйшія измѣненія состояли въ размноженіи эндотеліальныхъ ядеръ клубочка, въ гіалиновомъ перерожденіи капилляровъ и отслойкѣ эпителія Баумановской капсулы. Въ ткани почекъ и въ капиллярахъ клубочка Полубинскій находилъ микрококковъ, такихъ-же какъ въ крови, а по Gaucher (Pathogenie des nephrites. 1886, c. 37) и въ мочѣ. Относительно происхожденія зернистаго перерожденія почекъ, наибольшимъ распространеніемъ пользуется лихорадочная теорія, опирающаяся на тотъ фактъ, что альбуминурія и зернистое перерожденіе различныхъ органовъ встрѣчается при самыхъ разнообразныхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, что она исчезаетъ обыкновенно вмѣстѣ съ паденіемъ t⁰ до нормы, и что интензивность этихъ измѣненій зависитъ, главнымъ образомъ, отъ силы и продолжительности лихорадки. Но взглядъ этотъ не можетъ считаться доказаннымъ, такъ какъ извѣстно, что не всѣ лихорадочныя болѣзни при одинаковыхъ температурахъ и одинаково часто сопровождаются альбуминуріей и что въ однѣхъ болѣзняхъ она появляется раньше, при другихъ—позднѣе, и потому, можно думать, что не повышеніе t⁰ само по себѣ, а какая то еще другая причина, дѣйствующая въ періодѣ лихорадки, вызываетъ альбуминурію; а если эта послѣдняя исчезаетъ вмѣстѣ съ паденіемъ температуры, то это можетъ быть объяснено тѣмъ, что, какъ лихорадка, такъ и альбуминурія являются слѣдствіемъ одной и той же причины, лежащей въ крови, т. е. какого нибудь яда, дѣйствующаго на всѣ органы, т. е., съ одной стороны, на температурный центръ, а съ другой — на почки и на другіе паренхиматозные органы; легко понять, что съ прекраще-

ніемъ дѣйствія яда, вмѣстѣ съ паденіемъ t^0 исчезнетъ и альбуминурія. Чѣмъ сильнѣе и продолжительнѣе будетъ дѣйствовать эта причина, тѣмъ продолжительнѣе лихорадка и тѣмъ рѣзче выразится паренхиматозное перерожденіе органовъ.

Способность вызывать повышеніе t^0 и паренхиматозное перерожденіе есть свойство, общее почти всѣмъ инфекціоннымъ веществамъ острыхъ заразныхъ болѣзней, но разница между ними состоитъ въ томъ, что ядъ однѣхъ болѣзней оказываетъ бо́льшее предпочтеніе однимъ органамъ, другихъ — другимъ. При тифѣ, напр., онъ съ особой силой поражаетъ фолликулярный аппаратъ кишекъ и селезенку и сравнительно меньше почки, при скарлатинѣ же наоборотъ — кишки и селезенка поражаются мало, а рядомъ съ кожей и съ слизистой оболочкой зѣва, очень рано и часто поражаются и почки.

Возвращаясь спеціально къ скарлатинозной альбуминуріи перваго періода, мы можемъ привести, помимо теоретическихъ соображеній, также и фактическія данныя въ пользу его инфекціоннаго происхожденія. Bouchard въ своей работѣ объ инфекціонномъ нефритѣ старался доказать, что при многихъ заразныхъ болѣзняхъ микропаразиты, считающіеся причиной этихъ болѣзней, могутъ проникать чрезъ сосудистыя стѣнки и выдѣляться съ мочей, производя при этомъ раздраженіе почечной ткани, выражающееся анатомически главнымъ образомъ пораженіемъ эпителія въ области отдѣляющихъ сосудовъ, т. е. въ корковомъ веществѣ и преимущественно въ клубочкахъ и извитыхъ канальцахъ, а клинически—альбуминуріей и появленіемъ въ мочѣ цилиндровъ и извѣстныхъ микрококковъ. На основаніи своихъ наблюденій, Bouchard признаетъ инфекціонное происхожденіе нефрита доказаннымъ, если въ почечной ткани и въ мочѣ встрѣчаются тѣ же самые микроорганизмы, что и въ крови при данной болѣзни, и если появленіе ихъ совпадаетъ съ наступленіемъ альбуминуріи и шелушенія почечнаго эпителія, а исчезаніе ихъ съ прекращеніемъ альбуминуріи. Взглядъ B. подтверждается и экспериментальнымъ путемъ, такъ какъ опыты Conheim'a, Capitan'a и мн. др. показали, что нефритъ можетъ быть вызванъ путемъ впрыскиванія въ кровь различныхъ микрококковъ, а въ послѣднее время Высоковичъ (Zeits. f. Hygien. I. 86 и Врачъ, 86, № 22) показалъ, что не всѣ виды микроорганизмовъ, введенные въ кровь, выдѣляются съ мочей, а только тѣ, которые, будучи впрыснуты въ кровь, вызываютъ помимо другихъ симптомовъ, характерныхъ для той или другой болѣзни, между прочимъ, и мѣстныя измѣненія въ почкахъ. Прилагая общую мѣрку B. къ частному случаю, именно къ патогенезу скарлатинозной альбуминуріи, мы найдемъ здѣсь всѣ тѣ признаки, на основаніи которыхъ вообще можетъ быть признано инфекціонное происхожденіе нефрита; со стороны анатомической мы имѣемъ пораженіе эпителія извитыхъ канальцевъ и капилляровъ клубочка и присутствіе въ почкахъ, какъ показалъ Полубинскій, и Gaucher, тѣхъ же микрококковъ, что и въ крови, а со стороны клинической — кратковременную альбуминурію, обыкновенно прекращающуюся почти одновременно съ лихорадкой и съ исчезаніемъ изъ крови микропаразитовъ. (Полубинскій не находилъ ихъ послѣ 8-го дня).

Въ виду сказаннаго, я думаю, мы имѣемъ право съ большой вѣроятностью

признать альбуминурію въ 1-мъ періодѣ скарлатины за выраженіе инфекціоннаго нефрита. Для полной достовѣрности недостаетъ только подтвержденія наблюденій Gaucher, по которому въ мочѣ при скарлатинѣ встрѣчаются тѣ же микрококки, что и въ крови, и удачной прививки культуръ этихъ микрококковъ.

Въ первые дни по прекращеніи лихорадки моча при скарлатинѣ очень часто даетъ обильный бѣлый осадокъ или муть отъ прибавленія азотной кислоты. Неопытные могутъ признать въ такомъ случаѣ альбуминурію, но чтобъ не впасть въ ошибку надо только подогрѣть мочу и бѣлый осадокъ при этомъ быстро исчезаетъ. Эта реакція зависитъ отъ избытка мочекислыхъ солей въ мочѣ, а не отъ пептона, который тоже даетъ осадокъ отъ азотной кислоты, исчезающій при нагрѣваніи.

Со стороны *легкихъ и сердца* въ 1-мъ періодѣ скарлатины не бываетъ обыкновенно никакихъ, характерныхъ для нея измѣненій, хотя почти всѣ авторы указываютъ на чрезвычайную частоту пульса, какъ на симптомъ спеціально свойственный скарлатинозной лихорадкѣ. Дѣйствительно нерѣдко въ первые дни болѣзни можно насчитать 160—180, а у маленькихъ дѣтей даже 200 ударовъ въ минуту; но такъ какъ такой пульсъ сопровождается очень высокой температурой, то діагностическое значеніе его не велико: такой же пульсъ можно встрѣтить напр. въ началѣ пнеймоніи и др.

Припадки со стороны *нервной системы* бываютъ обыкновенно прямо пропорціональны высотѣ температуры и силѣ инфекціи, такъ что *по степени развитія нервныхъ явленій можно судить о бóльшей или меньшей опасности даннаго случая*. Въ самыхъ легкихъ формахъ скарлатины, протекающихъ при умѣренной лихорадкѣ, нервныхъ явленій можетъ совсѣмъ не быть; въ случаяхъ средней силы, составляющихъ большинство, больные жалуются на головную боль, большую слабость и плохо спятъ по ночамъ, иногда бредятъ.

Въ тяжелыхъ случаяхъ больной оказывается въ возбужденномъ состояніи, онъ совсѣмъ не спитъ по ночамъ, а днемъ находится въ полубезсознательномъ состояніи, иногда бредитъ съ открытыми глазами, возится въ постели, или впадаетъ въ коматозное состояніе; бѣлки налиты, зрачки узки. Въ самыхъ

тяжелыхъ случаяхъ съ 1-го или 2-го дня появляются эклампсическія судороги, смѣняющіяся сонливостью или спячкой.

При изслѣдованіи больной выходитъ изъ себя, злится, сопротивляется изъ всѣхъ силъ, даже дерется.

Къ этимъ симптомамъ мы еще вернемся, когда будемъ говорить о теченіи тяжелой скарлатины.

Изъ органовъ чувствъ—глаза, носъ и уши при нормальной скарлатинѣ не поражаются. Въ тяжелыхъ случаяхъ глазныя яблоки краснѣютъ отъ инъекціи сосудовъ conjunctivae bulbi, а при дифтеритѣ зѣва, процессъ можетъ распространяться на вѣки и потомъ вести къ разрушенію роговыхъ оболочекъ и къ атрофіи глаза. Тотъ же процессъ, распространяясь на среднее ухо, производитъ здѣсь обширныя разрушенія барабанныхъ перепонокъ и вызываетъ; въ сравнительно благопріятномъ случаѣ—многонедѣльную течь изъ ушей, которая очень скоро дѣлается вонючей, не смотря на спрынцеванія, а въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ процессъ можетъ закончиться потерей слуховыхъ косточекъ и значительной глухотой. Иногда въ самомъ разгарѣ процесса, кромѣ разрушенія барабанной перепонки и обильной течи развивается параличъ лицеваго нерва. Признакъ этотъ указываетъ, что тѣмъ или инымъ путемъ въ воспаленіи заинтересованъ и n. facialis, но было бы ошибкой считать въ такомъ случаѣ, что Фалопіевъ каналъ уже разрушенъ костоѣдой и что дѣло не поправимо; напротивъ того, съ ослабленіемъ воспаленія въ ушахъ исчезаетъ не только параличъ, но до нѣкоторой степени возстановляется и слухъ. Въ другихъ случаяхъ воспаленіе распространяется на клѣтки сосцевиднаго отростка, что выражается чрезвычайной болѣзненностью этого отростка при давленіи, а потомъ образованіемъ абсцесса сзади уха.

Скарлатинозное воспаленіе ушей можетъ быть причиной смертельнаго исхода, если напр. оно даетъ поводъ къ тромбозу синусовъ и воспаленію мозговыхъ оболочекъ (даже и безъ костоѣды височной кости).

Otitis scarlatinosa всегда отличается большимъ упорствомъ, и хотя въ большинствѣ случаевъ она и проходитъ безслѣдно, не оставляя даже замѣтной тугости слуха, но во всякомъ случаѣ не ранѣе какъ черезъ нѣсколько недѣль или даже мѣсяцевъ.

Различныя формы скарлатины.

Скарлатина въ отличіе отъ кори представляетъ замѣчательное разнообразіе въ теченіи и многочисленные осложненія. Вообще принято отличать нормальную форму скарлатины отъ аномальной.

Нормальная скарлатина характеризуется умѣреннымъ и пропорціональнымъ другъ другу развитіемъ всѣхъ симптомовъ: лихорадкѣ въ 39,5—40° соотвѣтствуетъ повсемѣстная, ярко-красная, но безъ синеватаго оттѣнка сыпь и умѣренная боль при глотаніи, вслѣдствіе фолликулярной или ограниченной дифтеритической жабы; нервныя явленія состоятъ въ головной боли, легкой сонливости днемъ и бреда по ночамъ, но безъ признаковъ особаго возбужденнаго состоянія и безсонницы. Пульсъ можетъ быть очень частъ, напр., 140 у дѣтей старшаго возраста и 160 у маленькихъ, но онъ хорошаго наполненія; железы шеи хотя и увеличиваются, но остаются подвижными и при ощупываніи катаются подъ пальцемъ и не болѣзненны.—Нормальный ходъ скарлатины не нарушается тѣмъ, что лихорадка затягивается дня на 2—4 дольше сыпи или тѣмъ, что почти прекратившаяся уже лихорадка снова вспыхиваетъ безъ всякой замѣтной причины на 2 или 3 дня; напротивъ и то и другое встрѣчается такъ часто, что можетъ считаться характеристичнымъ для нормальной скарлатины.

Эта послѣдняя *начинается* обыкновенно *сразу*; ребенокъ не только не расхварывается предварительно, но даже и накануне болѣзни бываетъ веселъ какъ всегда. Чрезмѣрная веселость и живость наканунѣ заболѣванія, по Geissler'у имѣютъ дурное прогностическое значеніе, такъ какъ наблюдаются обыкновенно предъ началомъ тяжелой скарлатины. Въ подкрѣпленіе этого мнѣнія Geissler'а, я могъ бы привести нѣсколько случаевъ и изъ своей практики, когда матери указывали на чрезмѣрную веселость ребенка даже и безъ разспросовъ въ этомъ направленіи.

Прежде всего больной жалуется на чувство царапанія въ

горлѣ или легкую боль при глотаніи, но къ этому вскорѣ присоединяется сильный жаръ, головная боль и рвота, б. ч. однократная. Температура на первый же вечеръ достигаетъ приблизительно до 39,5 и продолжаетъ подыматься еще дня 2 или 3, такъ что maximum t°ы приходится на 3—4-й день. Періодъ инфекціонной лихорадки или такъ называемый періодъ предвѣстниковъ отличается при скарлатинѣ чрезвычайной короткостью, потому что черезъ нѣсколько часовъ отъ начала болѣзни, много черезъ сутки, на лицѣ, шеѣ и груди появляется уже характерная сыпь. Первые 3 дня вмѣстѣ съ лихорадкой прогрессируетъ также и сыпь, и боль горла; черезъ сутки сыпь распространяется уже на все тѣло, и съ каждымъ днемъ дѣлается все ярче; ангина за это время изъ простой катарральной превращается въ фолликулярную или дифтеритическую, языкъ очищается, и скарлатина доходитъ до своей акме, на которой остается очень недолго, такъ какъ уже на слѣдующій день (4 – 5) замѣчается поблѣднѣніе сыпи и ослабленіе лихорадки; къ концу недѣли исчезаетъ сыпь и боль горла, а къ 9-му дню прекращается и лихорадка, которая въ неосложненныхъ случаяхъ скарлатины никогда не тянется дольше 12 дней. Шелушеніе начинается на 2—3-й недѣлѣ (тѣмъ раньше, чѣмъ сильнѣе была сыпь) и продолжается отъ двухъ до трехъ недѣль, такъ что весь процессъ заканчивается въ 3—6 недѣль.

Аномальная скарлатина можетъ быть легкая и тяжелая.

Легкая форма характеризуется или тѣмъ, что всѣ кардинальные симптомы скарлатины т. е. лихорадка, сыпь и жаба развиты слабо или тѣмъ, что тотъ или другой изъ этихъ припадковъ совсѣмъ отсутствуетъ.

Замѣчательно, что рвотой часто начинается и легкая форма. Переходъ отъ легкой, но вполнѣ развитой скарлатины, къ случаямъ безлихорадочнымъ составляютъ тѣ случаи, въ которыхъ лихорадка исчезаетъ прежде сыпи. Нѣкоторые авторы сомнѣваются въ существованіи совсѣмъ безлихорадочной скарлатины, но такіе случаи несомнѣнно встрѣчаются. Болѣзнь характеризуется ясно выраженной скарлатинозной сыпью по всему тѣлу и легкой краснотой слизистой оболочки

зѣва, но общее состоянiе остается непораженнымъ и термометръ показываетъ нормальную t⁰ какъ по утрамъ, такъ и вечеромъ съ перваго дня появленiя сыпи и до ея исчезанiя. Въ еще болѣе легкихъ случаяхъ скарлатинозная сыпь протекаетъ не только безъ лихорадки, но и безъ пораженiя зѣва или, если температура и повышается, то очень немного (38—38,5) и не надолго. Эти формы скарлатины, если онѣ появляются въ видѣ спорадическихъ случаевъ, для которыхъ источникъ зараженiя остается неизвѣстнымъ, могутъ быть приняты за скарлатинозную краснуху (см. объ этой болѣзни).

Гораздо чаще встрѣчается и потому болѣе извѣстна *скарлатина безъ сыпи*, которая въ однихъ случаяхъ можетъ быть очень легкой, въ другихъ очень тяжелой, смотря по характеру жабы. Образчикомъ легкой скарлатины безъ сыпи могутъ служить случаи скарлатинозной жабы у взрослыхъ, ухаживающихъ за больными дѣтьми: они жалуются на боль при глотанiи, общую разбитость, головную боль и ломоту въ членахъ; при осмотрѣ зѣва замѣчается краснота слизистой оболочки миндалинъ, иногда съ желтоватыми точками отъ припухшихъ или изъязвленныхъ фолликулъ. Термометръ показываетъ отъ 37,5 до 39%. Дня черезъ три всѣ болѣзненные симптомы исчезаютъ, и больной выздоравливаетъ безъ всякихъ послѣдствiй.

Несомнѣнно, что подобныя абортивныя формы встрѣчаются и у дѣтей, никогда не имѣвшихъ прежде скарлатины. Если въ домѣ, гдѣ заболѣлъ ребенокъ, нѣтъ скарлатинозныхъ больныхъ, то подобную аномальную скарлатину легко смѣшать съ обыкновенной катарральной жабой. Предполагать ея скарлатинозное происхожденiе можно въ томъ случаѣ, если она начинается со рвоты и въ особенности, если въ самомъ началѣ болѣзни можно замѣтить пунктированную красноту мягкаго неба или если въ дальнѣйшемъ теченiи получается скарлатинозный языкъ (въ подобныхъ случаяхъ сосочки его припухаютъ незначительно, такъ что характернымъ остается только его сплошной красный цвѣтъ). Если при существованiи того или другого изъ приведенныхъ признаковъ въ дан-

ной семьѣ другой ребенокъ заболѣетъ настоящей скарлатиной, то діагностика дѣлается безспорной.

Такія формы скарлатины Trousseau назвалъ удачнымъ названіемъ scarlatina frusta—стертая скарлатина, аналогичная стертой надписи археологовъ, когда по одной—двумъ оставшимся буквамъ приходится возстановлять цѣлыя слова. Что scarl. frusta должна быть признана за дѣйствительную скарлатину, несмотря на полное ихъ симптоматическое несходство, слѣдуетъ изъ того, во 1-хъ, что между самой легкой формой скарлатины безъ сыпи или безъ жабы и самыми тяжелыми случаями, кончающимися смертью въ 2—3 дня, существуютъ всевозможныя переходныя формы, а, во 2-хъ, и главнымъ образомъ, на основаніи свойствъ ихъ контагія. Почти всѣ острыя заразныя болѣзни встрѣчаются какъ въ легкихъ, такъ и въ тяжелыхъ формахъ, весьма непохожихъ другъ на друга по симптомамъ, но несомнѣнно тождественныхъ по этіологіи, что выражается въ томъ, во 1-хъ, что отъ легкой формы могутъ произойти путемъ зараженія самыя тяжелыя заболѣванія и наоборотъ, и во 2-хъ, въ томъ, что легкія формы заболѣванія дѣлаютъ человѣка имуннымъ относительно новаго зараженія.

Говоря объ общихъ свойствахъ инфекціонныхъ болѣзней, мы замѣтили, что сила заболѣванія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ зависитъ отъ двухъ условій: съ одной стороны, отъ силы яда, съ другой —отъ почвы, на которую онъ попадаетъ, т. е. отъ расположенія организма къ зараженію. Если у даннаго субъекта совсѣмъ нѣтъ расположенія, то онъ не заразится, какъ бы силенъ не былъ контагій; если-же расположеніе не велико, то зараженіе произойдетъ тѣмъ скорѣе, чѣмъ сильнѣе ядъ, но и самый сильный ядъ произведетъ при случаѣ только легкое, абортивное заболѣваніе; наоборотъ, при очень развитомъ расположеніи и слабый контагій можетъ вызвать опасное заболѣваніе. Извѣстно вѣдь, что способъ предохранительной прививки натуральной оспы оставленъ былъ, между прочимъ, и вслѣдствіе того, что лимфа, взятая отъ больного легкой оспой, вызывала у нѣкоторыхъ инокулированныхъ сливную и даже смертельную оспу. То же самое наблюдается и при естественной передачѣ скарлатины, что встрѣчалось, конечно, каждому занятому врачу. Изъ своей практики приведу, напр. случай въ семействѣ Осѣкиной. Въ маѣ 1886 года я былъ приглашенъ къ мальчику 10 лѣтъ, у котораго лихорадочное состояніе около 40% сопровождалось фолликулярной жабой и упорной двухъдневной рвотой, на основаніи которой я заподозрилъ въ этомъ случаѣ скарлатину безъ сыпи, о чемъ и сообщилъ матери, но она не отдѣлила двухъ другихъ дѣтей. Приблизительно

черезъ недѣлю точно такая-же жаба и съ еще болѣе упорной рвотой ($2^1/_2$ сутокъ) появилась у его 6-и лѣтняго брата, а еще черезъ нѣсколько дней заболѣлъ и третій братъ (8-и лѣтъ), но уже не жабой только, а несомнѣнной скарлатиной, съ обширной дифтеритической ангиной. Только что отхворавшіе два брата опять не были изолированы и тѣмъ не менѣе не заразились больше.

Тяжелая скарлатина характеризуется или чрезмѣрнымъ развитіемъ симптомовъ со стороны горла и сосѣднихъ органовъ или припадками общаго отравленія организма, причемъ злокачественное вліяніе яда выражается, главнымъ образомъ очень высокой температурой, упадкомъ дѣятельности сердца (очень частый и слабый, едва ощутимый пульсъ) и бурными симптомами со стороны центральной нервной системы. По Henoch'у, злокачественность скарлатины выражается, главнымъ образомъ, въ двухъ направленіяхъ, во 1-хъ, въ чрезвычайной наклонности болѣзни осложняться некротизирующими воспаленіями (такъ называемый дифтеритъ зѣва и др. органовъ, напр., мокнущихъ мѣстъ кожи, половыхъ частей и пр.) и во 2-хъ, въ специфическомъ вліяніи яда на сердце и центральную нервную систему.

Въ самыхъ злокачественныхъ случаяхъ, извѣстныхъ подъ именемъ *скарлатинознаго отравленія крови*, смерть можетъ наступить на первый день болѣзни, еще до появленія сыпи, такъ что діагностика выясняется лишь на основаніи этіологическихъ моментовъ, т. е. если въ томъ-же домѣ почти одновременно появляются болѣе ясно выраженные случаи; если-же скарлатинозныхъ въ домѣ нѣтъ, то сильный жаръ, рвота, бредъ и судороги даютъ поводъ подозрѣвать скарлатину, если вмѣстѣ съ этими припадками появляется интензивная, съ синеватымъ оттѣнкомъ краснота слизистой оболочки зѣва. Подобная картина (но безъ пораженія зѣва) бываетъ еще при оспѣ и при менингитѣ.

Злокачественная скарлатина тоже начинается внезапно со рвоты, большею частью повторной, и сильнаго жара, но съ той только разницей отъ нормальныхъ случаевъ, что, во 1-хъ, температура уже черезъ нѣсколько часовъ достигаетъ 40,5—41° и, во 2-хъ, что очень скоро появляется помраченіе сознанія, сопровождающееся или спячкой, или, напротивъ того, очень возбужденнымъ состояніемъ въ видѣ полной безсон-

ницы, вскакиванія съ постели, безпрерывнаго бреда съ открытыми глазами и общихъ судорогъ. Самыя смирныя и послушныя дѣти дѣлаются чрезвычайно буйными и оказываютъ сильнѣйшее противодѣйствіе врачу, желающему изслѣдовать горло и т. п. Пульсъ при этомъ необычайно частъ, до 200 ударовъ и легко сдавимъ, конечности холодны, глаза блестящи съ съуженными зрачками. Смерть въ прострации можетъ наступить уже на первый день. Trousseau разсказываетъ про одну женщину, умершую меньше черезъ 11 часовъ отъ начала болѣзни; у нее былъ бредъ, ужасное возбужденіе и необыкновенно частый пульсъ.

Если больной переживаетъ первые дни, то лихорадка, оставаясь попрежнему высокой, отличается ничтожностью утреннихъ ремиссій; нервные симптомы еще болѣе усиливаются, сыпь высыпаетъ или очень лѣниво, появляясь лишь на нѣкоторыхъ мѣстахъ или, наоборотъ, очень обильно, но какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ она отличается отъ нормальной фіолетовымъ оттѣнкомъ — родъ ціаноза вслѣдствіе ослабленной дѣятельности сердца. Пораженіе зѣва уже на 3-й день принимаетъ дифтеритическій характеръ и быстро распространяется на сосѣднія части, что особенно замѣтно по мягкому и твердому небу; одновременно распухаютъ и лимфатическія железы шеи и первые признаки флегмоны можно констатировать уже на 4-й день. Большинство такихъ больныхъ умираютъ отъ 4-го до 7-го дня.

Эклампсію въ началѣ скарлатины Trousseau считалъ болѣе опаснымъ признакомъ, чѣмъ судороги при оспѣ и при кори, что подтвердилось и въ случаяхъ, встрѣтившихся мнѣ, такъ какъ всѣ такіе больные умирали въ теченіе первой недѣли болѣзни. Barthez et Rilliet тоже не видали ни одного случая выздоровленія, если судороги появлялись въ первомъ періодѣ скарлатины (l. c. s. 242).

Для маленькихъ дѣтей скарлатинозная эклампсія, можетъ быть, и не имѣетъ такого безусловно дурного прогностическаго значенія, такъ какъ въ этомъ возрастѣ судороги вообще являются легче и для происхожденія ихъ не требуется

непремѣнно сильнаго вліянія яда на центральную нервную систему, достаточно одной высокой температуры.

Опаснымъ предзнаменованіемъ Trousseau считалъ также *одышку,* безъ всякихъ замѣтныхъ измѣненій въ легкихъ и обильный, неудержимый поносъ, при многодневной желчной рвотѣ, какъ признакъ пораженія узловатой нервной системы.

По справедливому замѣчанію Henoch'a, бурное начало скарлатины, въ видѣ очень высокой лихорадки и припадковъ сильнаго возбужденія или угнетенія нервной системы, само по себѣ еще не доказываетъ непремѣнной злокачественности, такъ какъ бываютъ случаи, когда послѣ 3-го или 4-го дня наступаетъ вдругъ улучшеніе, и скарлатина течетъ нормальнымъ образомъ; это именно тѣ случаи, въ которыхъ противолихорадочное лѣченіе, въ особенности ваннами, съ перваго-же раза доставляетъ больному замѣтное облегченіе. Настоящіе злокачественные случаи отличаются, по его наблюденіямъ, тѣмъ, что ни ванны, ни другіе antipyretica не производятъ никакого эффекта.

Къ числу безусловно смертельныхъ болѣзней относится также и *геморрагическая скарлатина*, характеризующаяся тѣмъ, что, помимо тяжелыхъ нервныхъ симптомовъ, появляются болѣе или менѣе многочисленныя и обширныя петехіи и кровоподтеки на кожѣ и кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ, преимущественно изъ носа, но также изъ десенъ, кишекъ и почекъ.

Совсѣмъ другой характеръ имѣютъ случаи *тяжелой скарлатины безъ сыпи.* Лихорадка бываетъ обыкновенно очень высока (40° съ чѣмъ нибудь) жаба принимаетъ дифтеритическій характеръ, и сопровождается опуханіемъ шейныхъ железъ и клѣтчатки, пораженіемъ носа и ушей, словомъ, все какъ при тяжелой скарлатинѣ, но только при отсутствіи сыпи.

Такая форма скарлатины часто смѣшивается съ обыкновенной дифтеріей, но въ большинствѣ случаевъ легко избѣжать ошибки посредствомъ тщательнаго осмотра поверхности тѣла; очень часто именно, удается при этомъ открыть кой гдѣ зачатки скарлатинной сыпи; всего чаще можно замѣтить ее въ пахахъ, на нижней части живота, на лобкѣ, подъ-

мышками, а иногда и на лицѣ. Дифтеритическая скарлатинозная жаба безъ сыпи встрѣчается у дѣтей всѣхъ возрастовъ, но всего чаще, какъ кажется, у грудныхъ, для которыхъ она очень опасна и если онѣ не всегда умираютъ отъ нее, то во всякомъ случаѣ значительно истощаются, отъ продолжительной лихорадки, боли въ ушахъ и абсцессовъ на шеѣ вслѣдствіе нагноенія лимфатическихъ железъ.

Выше мы сказали, что бурное начало не служитъ еще ручательствомъ того, что теченіе будетъ тяжелое, но за то и на оборотъ, нельзя быть покойнымъ за больного, у котораго скарлатина началась съ очень легкихъ припадковъ.—Сравнительно нерѣдко случается, что на первый день болѣзни, при ясно замѣтной скарлатинозной сыпи, больной жалуется только на неловкость при глотаніи и представляетъ ничтожное повышеніе t⁰, напр., не выше 38,5 вечеромъ; такъ, что нѣтъ ничего, чтобы указывало на предстоящую опасность и врачъ легко можетъ высказаться въ это время за то, что у больного очень легкая скарлатина и что черезъ нѣсколько дней онъ будетъ здоровъ, но вмѣсто того, съ каждымъ днемъ состояніе больного ухудшается и на 3-й, 4 й день, когда лихорадка достигаетъ своего maximum'а, въ зѣвѣ появляется дифтеритическій эксудать, по быстрому распространенію котораго врачъ теперь конечно догадывается на сколько опасно положеніе больного; на основаніи нѣсколькихъ случаевъ я всегда опасаюсь такого хода болѣзни, если на первый день, при легкой лихорадкѣ и при хорошемъ общемъ состояніи, въ зѣвѣ замѣчается точечная, *петехіальная* сыпь на переднихъ дужкахъ мягкаго неба или въ центрѣ его, около язычка. Параллельно съ распространеніемъ дифтерита на нёбо, носъ и уши—быстро развиваются скарлатинозные бубоны и флегмона шейной клѣтчатки. Такіе больные нерѣдко умираютъ въ теченіе второй недѣли, а если выздоравливаютъ, то не иначе какъ черезъ нѣсколько недѣль, когда успѣютъ образоваться обширные и глубокіе гнойники на шеѣ, послѣ вскрытія которыхъ обнажаются обыкновенно шейные мускулы, а иногда и сосуды. Въ подобныхъ случаяхъ лихорадка принимаетъ піэмическій характеръ и постоянно поддерживается

какими нибудь осложненіями, въ родѣ воспаленія сочлененій или надкостницы трубчатыхъ костей, образованіемъ абсцессовъ въ отдаленныхъ органахъ, воспаленіемъ почекъ и др.

Къ тяжелымъ аномальнымъ формамъ скарлатины относятся также и такъ называемый *скарлатинозный тифъ*, который характеризуется тѣмъ, что не смотря на отсутствіе какихъ либо осложненій, которыми можно бы было объяснить лихорадку, послѣдняя тянется въ видѣ febris remittens недѣли 3—4 и сопровождается при этомъ симптомами, напоминающими тифъ (головная боль, бредъ, сонливость, сухой языкъ, легкій кашель, умѣренная опухоль селезенки, поносъ), причемъ скарлатинозная сыпь является только черезъ нѣсколько дней отъ начала лихорадки и бываетъ слабо выражена, также, какъ жаба и опухоль железъ. Происхожденіе подобной лихорадки неизвѣстно; по Thomas'у, у котораго мы заимствовали это описаніе, скарлатинозный тифъ не стоитъ съ брюшнымъ тифомъ ни въ какой связи и думать объ осложненіи тифа скарлатиной (Hüttenbrenner) нѣтъ никакихъ основаній. — Мнѣ лично подобное теченіе скарлатины не встрѣтилось ни разу, если не считать случаевъ, осложненныхъ дифтеритомъ и опухолью железъ.

Осложненія и послѣдовательныя болѣзни.

Осложненія и послѣдовательныя болѣзни при скарлатинѣ чрезвычайно многочисленны, и притомъ часто встрѣчаются, не только въ тяжелыхъ, но и въ легкихъ случаяхъ скарлатины; но во всякомъ разѣ тяжелая скарлатина и скарлатина средней силы, но съ плохо развитой сыпью богаче осложненіями, чѣмъ нормальные случаи.

Дифтеритическая жаба съ ея послѣдствіями, въ видѣ пораженія носа, ушей и шейныхъ железъ съ окружающей ихъ клѣтчаткой описаны уже выше, такъ какъ все это составляетъ почти необходимую принадлежность тяжелой скарлатины. Замѣтимъ еще, что между опухолью шейныхъ железъ и пораженіемъ зѣва пропорціональность въ степени развитія бываетъ

не всегда. Нерѣдко, именно при сравнительно легкой ангинѣ, безъ всякаго дифтерита, железы всетаки припухаютъ сильно и иногда переходятъ въ нагноеніе и притомъ въ такомъ позднемъ періодѣ болѣзни, когда отъ скарлатинозной жабы не осталось и слѣдовъ.

Гораздо рѣже и при томъ только въ тяжелыхъ случаяхъ появляется флегмонозное воспаленіе въ области parotitis или абсцессы клѣтчатки въ отдаленныхъ отъ шеи мѣстностяхъ, напр., на конечностяхъ, гдѣ встрѣчаются также и гнойныя воспаленія надкостницы съ исходомъ въ некрозъ кости или и безъ онаго.—Въ тяжелыхъ-же случаяхъ развиваются иногда гангрена кожи въ видѣ nomae или пролежней и гнилостная флегмона шейной клѣтчатки, съ образованіемъ ихорознаго гноя.

Весьма опаснымъ осложненіемъ скарлатины является иногда обильное, большею частію, смертельное кровотеченіе изъ шейныхъ сосудовъ, вслѣдствіе разрушеніи ихъ стѣнокъ при глубокихъ нагноеніяхъ на шеѣ. Что выздоровленіе возможно даже и при артеріальномъ кровотеченіи доказываетъ, напр., случай д-ра Зеленкова, (Врачъ, 86, № 12), въ которомъ была произведена перевязка art. carotis въ гнойникѣ. — Съ успѣхомъ перевязывалъ сонную артерію и Bennet May (Мед. Обозр. Т. XXV, с. 740) по поводу обильнаго кровотеченія изъ наружнаго слуховаго прохода, вслѣдствіе изъязвленія art carotis interna.

Помимо этого, скарлатина всего чаще осложняется воспаленіемъ почекъ и различныхъ серозныхъ оболочекъ (въ отличіе отъ кори, поражающей преимущественно слизистыя оболочки).

Воспаленіе почекъ составляетъ обыкновенно не осложненіе, а послѣдовательную болѣзнь, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ начинается отъ 11 до 21-го дня и почти никогда послѣ 4-й недѣли. Отъ скарлатинозной альбуминуріи, свойственной лихорадочному періоду скарлатины, воспаленіе почекъ позднѣйшаго періода, извѣстное подъ именемъ *послѣдовательнаго нефрита*, рѣзко отличается, какъ по симптомамъ и теченію, такъ и по анатомической своей сущности.

Частота появленія этого осложненія всецѣло зависитъ отъ характера эпидеміи, и колеблется отъ 1 до 80%.

Время появленія нефрита опредѣляется авторами различно: West (Handb. d. Kinder. 1872, S. 402), говоритъ, что всего чаще начало альбуминуріи приходится на конецъ 1-й или на начало 2-й недѣли, Barthez и Rilliet—на 2-й или 3-й недѣлѣ, Trausseau отъ 15 до 20-го дня послѣ исчезанія сыпи. Steiner отъ 13 до 21 дня, и т. д.

Самый поздній срокъ опредѣляется авторами отъ 40 до 60 дней отъ начала болѣзни.

Что касается до патолого-анатомическихъ измѣненій почекъ при послѣ-скарлатинозномъ нефритѣ, то едва-ли можетъ быть сомнѣніе въ томъ, что они не во всѣхъ случаяхъ одинаковы, а потому авторы расходятся не только при описаніи микроскопическихъ измѣненій почекъ, но даже и относительно макроскопическаго вида больной почки.

Въ новѣйшихъ учебникахъ какъ по дѣтскимъ болѣзнямъ, такъ и по болѣзнямъ почекъ (Bartels, Wagner, Rosenstein) послѣскарлатинозный нефритъ описывается подъ именемъ остраго паренхиматознаго нефрита, при которомъ почка является значительно увеличенной въ объемѣ и именно насчетъ корковаго вещества, которое отличается отъ полнокровнаго, краснаго мозгового вещества, своимъ сѣроватымъ оттѣнкомъ, вслѣдствіе анеміи; на этомъ сѣромъ фонѣ выступаютъ налитые клубочки въ видѣ красныхъ точекъ

Микроскопическія измѣненія состоятъ въ зернистомъ или жировомъ перерожденіи эпителія извитыхъ канальцевъ и въ инфильтраціи межуточной соединительной ткани лимфоидными элементами, причемъ клубочки, помимо налитія сосудовъ, не представляютъ никакихъ замѣтныхъ измѣненій. По Wagner'у (Ziems. Handbuch Nierenkrankheiten 3 Auf. s. 139) кромѣ этого, какъ онъ называетъ остраго лимфоматознаго нефрита, при скарлатинѣ часто встрѣчается еще *большая бѣлая почка* съ многочисленными геморрагіями или безъ нихъ, причемъ увеличеніе почки происходитъ только насчетъ гипереміи органа и набуханія эпителія мочевыхъ канальцевъ, тогда какъ строма остается интактной и клубочки, за исключеніемъ незначительной набухлости и ожиренія эпителія, не представляютъ никакихъ измѣненій. Въ случаѣ геморрагій кровь почти никогда не изливается въ межуточную соедин. ткань, а всегда въ просвѣтъ мочевыхъ канальцевъ или въ капсулы клубочковъ. Это, слѣдовательно, та же форма, которая въ болѣе легкой степени постоянно встрѣчается и при лихорадочной альбуминуріи (зернистое перерожденіе почки).

По изслѣдованіямъ Klebs'а, напротивъ, острый паренхиматозный нефритъ встрѣчается при скарлатинѣ крайне рѣдко. типическимъ же для нея процессомъ, онъ считаетъ т. н. *гломерулонефритъ*, рѣзко отличающійся отъ преды-

дущаго уже по микроскопическому виду почки, который мало чѣмъ отличается отъ нормальнаго. Объемъ почки при glomerulonephritis не увеличенъ, вещество почки въ разрѣзѣ оказывается нѣсколько полнокровнымъ, но на этомъ красномъ фонѣ выступаютъ блѣдныя точки, которыя суть ни что иное, какъ безкровные клубочки, капилляры которыхъ сдавлены размножившимися ядрами межсосудистой соед. ткани.

Существованіе скарлатинознаго гломерулонефрита подтвердили потомъ многіе авторы, которые однако расходятся между собою и съ Klebs'омъ въ деталяхъ, касающихся микроскопическихъ измѣненій клубочка и причинъ непроходимости его сосудовъ. Friedlaender, изслѣдовавшій почки въ 229 случаяхъ скарлатины, встрѣтилъ острый паренхиматозный нефритъ только 12 разъ, да и то лишь въ случаяхъ тяжелой скарлатины, осложненной дифтеритомъ, нарывами железъ, флегмоной и т. п., а въ обыкновенныхъ случаяхъ послѣскарлатинознаго нефрита онъ всегда находилъ glamerulonephritis; блѣдность клубочковъ и непроходимость ихъ капилляровъ зависитъ, по его мнѣнію, отъ утолщенія самой сосудистой стѣнки и размноженія эндотеліальныхъ ядеръ.

По Полубинскому, главныя измѣненія при послѣскарлатинозномъ нефритѣ касаются капилляровъ клубочка, эндотеліальныя ядра которыхъ увеличиваются въ числѣ и объемѣ, что и ведетъ къ съуженію просвѣта сосудовъ клубочка. Эпителій капсулы и клубочка тоже поражается, но не постоянно; иногда встрѣчается и измѣненіе стромы, въ видѣ пролифераціи элементовъ соедин. ткани корковаго слоя почки. Crooke изслѣдовалъ почки въ 15-и случаяхъ, окончившихся смертью отъ 9 до 63 дня болѣзни и находилъ почки въ различной степени увеличенія; микроскопическія картины въ большинствѣ случаевъ соотвѣтствовали glomerulonephritis, но иногда выступали больше катарральныя явленія, хотя и не безъ участія соедин. ткани, въ видѣ мелкоклѣтчатой инфильтраціи ея и размноженія ядеръ межтрубчатыхъ капилляровъ. Послѣдовательность явленій, по мнѣнію Cr., такова: прежде всего появляются измѣненія гломерулъ и капилляровъ, потомъ наступаютъ внутритрубчатыя измѣненія эпителія и, наконецъ, интерстиціальная инфильтрація.

Въ виду разнорѣчія авторовъ всего вѣроятнѣе допустить, что чистыя формы гломерулонефрита встрѣчаются вовсе не такъ часто какъ утверждаютъ Klebs и Friedlaender, а что не менѣе часто попадаются случаи т. н. остраго паренхиматознаго нефрита, при которомъ между прочимъ поражаются и клубочки. Возможно, что различныя измѣненія почекъ стоятъ въ связи съ характеромъ данной эпидеміи.

Много споровъ вызвалъ также и вопросъ о *патогенезѣ* послѣскарлатинознаго нефрита. Въ этомъ отношеніи взгляды авторовъ сводятся къ двумъ главнымъ теоріямъ: механической и токсической. По первой теоріи, представителемъ которой въ новѣйшее время является Bohn, (въ руководствѣ Gerhardt'а, статья о скарлатинѣ) воспаленіе почекъ послѣ скарлатины является вслѣдствіе коллатеральнаго и компенсаторнаго прилива къ почкамъ, какъ результата недѣятельности кожи. Кожа послѣ исчезанія сыпи, говоритъ Bohn, покрывается двойнымъ слоемъ: мертвыми клѣтками эпидермиса и эксудатомъ; при антагонизмѣ

или викарирующихъ отношеніяхъ, существующихъ между почками и кожей, этотъ моментъ, по мнѣнію Bohn'а можетъ уже самъ по себѣ быть достаточной причиной, чтобы вызвать механическимъ путемъ разстройство кровообращенія въ кожѣ, а потомъ гиперемію почекъ съ ея послѣдствіями и тѣмъ легче еще, если шелушащаяся и потому особенно чувствительная кожа подвергается вліянію простуды. Какъ бы въ подтвержденіе своего взгляда онъ прибавляетъ, что нефритъ является особенно часто послѣ обильной сыпи, при медленномъ шелушеніи и у дѣтей рано вставшихъ съ постели и потому недостаточно оберегаемыхъ отъ простуды; съ тѣхъ поръ какъ онъ сталъ назначать своимъ паціентамъ теплыя ванны вскорѣ по прекращеніи лихорадки, онъ встрѣчаетъ послѣскарлатинозный нефритъ гораздо рѣже, чѣмъ прежде

Но вѣдь всѣмъ извѣстно, да и самъ Bohn указываетъ на это, что между нефритомъ и степенью высыпанія, не существуетъ прямого отношенія и что нерѣдко нефритъ развивается даже и послѣ скарлатины безъ сыпи, когда небываетъ и шелушенія. Мало того, есть наблюденія, говорящія за то, что при нормальной скарлатинѣ, протекающей съ значительной лихорадкой и съ хорошо и равномѣрно развитой сыпью, нефритъ является даже рѣже, чѣмъ послѣ аномальныхъ случаевъ, съ неясной или неповсемѣстной сыпью, но за то съ скарлатинознымъ насморкомъ, опухолью железъ и т. п. Что касается до замедленнаго шелушенія, яко бы располагающаго къ развитію нефрита, то дѣйствительно замѣчено, что при скарлатинозной водянкѣ лупленіе какъ бы останавливаетея, но остается еще подъ вопросомъ, не есть ли эта пріостановка слѣдствіе нарушеннаго кровообращенія въ кожѣ при водянкѣ.

Несомнѣнно, что и значеніе простуды въ дѣлѣ развитія скарлатиноз. нефрита преувеличивается Bohn'омъ, такъ какъ извѣстно, во 1-хъ, что на частоту появленія нефрита вліяетъ главнымъ образомъ характеръ эпидеміи, а во 2-хъ, что нефритъ сплошь и рядомъ поражаетъ дѣтей, не оставляющихъ постели и самымъ тщательнымъ образомъ оберегаемыхъ отъ простуды, тогда какъ въ другія эпидеміи не заболѣваютъ даже и уличныя дѣти.

Указаніе Bohn'а на то, что нефритъ чаще встрѣчается послѣ тяжелыхъ случаевъ скарлатины, тоже не говоритъ въ пользу простуднаго происхожденія воспаленія почекъ, такъ какъ такія дѣти остаются въ постели дольше трехъ недѣль, этого обычнаго срока для появленія нефрита. Противъ механической теоріи нефрита, Bartels приводитъ еще и тотъ доводъ, что существуютъ болѣзни, сопровождающіяся гораздо большимъ измѣненіемъ кожи и сильной лихорадкой, напр., оспа, рожа, и тѣмъ не менѣе послѣдовательный нефритъ встрѣчается при нихъ сравнительно рѣдко, а Fürbringer добавляетъ къ этому, что если при дерматозахъ и появляется иногда нефритъ, то не въ періодѣ десквамаціи, а во время наибольшаго развитія болѣзни. Въ виду всѣхъ этихъ возраженій, механическая теорія, прежде очень распространенная, въ настоящее время не пользуется кредитомъ и громадное большинство авторовъ высказывается за токсическую теорію.

Дѣйствительно, если признать за доказанное, что типическимъ признакомъ скарлатиноз. нефрита является glomerulitis, то одно ужь пораженіе клубоч-

ковъ и первичное измѣненіе эпителія капсулы и извитыхъ канальцевъ прямо бы указывало на то, что вредно дѣйствующія вещества приносятся кровью въ клубочки и дѣйствуютъ здѣсь измѣняющимъ образомъ на сосудистыя стѣнки и эпителій начальныхъ мочевыхъ канальцевъ. Но въ пользу токсической теоріи говорятъ не только анатомическія данныя, но и клиническія наблюденія, именно во 1-хъ, то обстоятельство, что на частоту появленія послѣскарлатинознаго нефрита по общепринятому взгляду большое вліяніе оказываетъ характеръ эпидеміи, зависящій, конечно, отъ свойствъ яда скарлатины и, во 2-хъ, частое появленіе извѣстныхъ измѣненій почекъ въ первомъ періодѣ скарлатины, измѣненій, носящихъ характеръ инфекціоннаго происхожденія. Въ большинствѣ случаевъ инфекціонный катарръ почекъ 1-го періода проявляется въ формѣ альбуминуріи и другихъ незначительныхъ измѣненій мочи и скоро исчезаетъ, но въ другихъ случаяхъ, по наблюденіямъ Steiner'а и Eisenschitz'а, катарръ этотъ можетъ усилиться до степени настоящаго паренхиматознаго нефрита. Взглядъ этотъ подтверждается микроскопическими изслѣдованіями Полубинскаго и Crooke, которые дѣйствительно находили въ 1-мъ періодѣ скарлатины какъ бы переходныя формы отъ катарральнаго нефрита къ гломерулиту. Трудно, конечно, согласиться, чтобъ переходъ этотъ имѣлъ бы мѣсто для всѣхъ случаевъ послѣскарлатинознаго нефрита, такъ какъ съ одной стороны часто альбуминурія 1-го періода проходитъ безслѣдно, а съ другой, какъ извѣстно, она встрѣчается не вовсѣхъ тѣхъ случаяхъ, послѣ которыхъ развивается нефритъ, или послѣдній является долго спустя послѣ того, какъ первоначальная альбуминурія ужь исчезла. Какъ на доводъ, противорѣчащій мнѣнію Steiner'а и Eisenschitz'а указываютъ еще и на то, что зернистое перерожденіе почечнаго эпителія встрѣчается почти при всѣхъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, послѣ которыхъ поздній нефритъ является однако большой рѣдкостью.

Но если взглядъ Steiner'а и Eisens можетъ считаться справедливымъ лишь для меньшинства случаевъ, то отсюда еще вовсе не слѣдуетъ, что токсическая теорія послѣдовательнаго нефрита не можетъ быть принята. Дѣло въ томъ, что ничто не мѣшаетъ предположить, что не свѣжій скарлатинозный ядъ вызываетъ нефритъ, а тотъ, что отложился въ кожѣ и въ мальпигіевой сѣти и потомъ всосался отсюда въ кровь и выдѣлился потомъ почками. Fürbringer думаетъ, что ядъ, отложившійся въ кожѣ, претерпѣваетъ здѣсь, можетъ быть, какія нибудь измѣненія, аналогично тому, какъ это бываетъ, напр., съ сифилитическимъ контагіемъ при переходѣ болѣзни изъ одного періода въ другой. Онъ считаетъ этотъ ядъ за растворимый ферментъ.

Все это, конечно, возможно, но пока ядъ этотъ еще не открытъ, до тѣхъ поръ токсическая теорія нефрита можетъ считаться только наиболѣе вѣроятной, но не вполнѣ доказанной.

Но если даже мы и допустимъ справедливость токсической теоріи, то имѣемъ-ли мы въ такомъ случаѣ право считать безразличнымъ вліяніе простуды? Я думаю, что нѣтъ; вѣдь простуда въ нѣкоторыхъ случаяхъ способна вызвать острый нефритъ даже у вполнѣ здороваго человѣка, такъ возможно-ли отрицать ея вліяніе на почки ужь и безъ того расположенныя къ воспаленію?

а потому слѣдуетъ считать вполнѣ раціональнымымъ общепринятый обычай — держать въ постели выздоравливающихъ отъ скарлатины, по крайней мѣрѣ, 3 недѣли послѣ окончанія лихорадки. Но едва-ли можно согласиться съ Cadet de Gassicourt'омъ, который говоритъ, что опасной степени водянка или уремія встрѣчается только у дѣтей, слишкомъ рано выпущенныхъ на воздухъ или вообще не убереженныхъ отъ простуды. По его наблюденіямъ, тяжелый нефритъ никогда не развивается у дѣтей безъ вліянія простуды, а если и появляется у нихъ альбуминурія послѣ скарлатины, то она всегда скоро яко бы исчезаетъ. Онъ держитъ больныхъ въ постели до 15-го или 20-го дня (смотря по тяжести случая) и не позволяетъ выходить изъ комнаты до 6 недѣль.

Симптомы и теченіе скарлатинознаго нефрита какъ и самой скарлатины, отличаются большимъ разнообразіемъ.

Самыми важными симптомами нефрита являются, конечно, *измѣненія мочи.* На изслѣдованіи мочи основывается не только діагностика, но также и прогностика и терапія нефритовъ. Во всѣхъ случаяхъ остраго нефрита, по крайней мѣрѣ, въ разгарѣ болѣзни, количество мочи болѣе или менѣе значительно уменьшается, а иногда дѣло доходитъ даже до полной ануріи; моча темна и мутна, иногда кровяно-краснаго цвѣта и при стояніи даетъ осадокъ, состоящій изъ мочекислыхъ солей, бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ, эпителіальныхъ клѣтокъ и различныхъ мочевыхъ цилиндровъ; моча при остромъ скарлатинозномъ нефритѣ всегда содержитъ бѣлокъ. количество котораго, въ большинствѣ случаевъ, прямо пропорціонально тяжести заболѣванія. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, при ничтожномъ выдѣленіи мочи, бѣлка можетъ быть такъ много, что при кипяченіи мочи она свертывается цѣликомъ, образуя железобразную массу; въ обыкновенныхъ случаяхъ бѣлокъ осаждается при кипяченіи крупными хлопьями, но иногда его бываетъ такъ мало, что отъ прибавленія азотной кислоты или при кипяченіи, образуется только муть, которая черезъ нѣсколько минутъ осаждается въ видѣ мелкихъ хлопьевъ, или даже и совсѣмъ не осаждается, потому что мельчайшія частицы бѣлка, образующія муть, остаются взвѣшанными въ жидкости.

Удѣльный вѣсъ мочи при нефритѣ больше нормальнаго, (иногда даже больше удѣльнаго вѣса крови—Bartels), такъ же какъ и относительное количество мочевины, но абсолютно

ея всегда бываетъ меньше, чѣмъ въ нормѣ, такъ же какъ и мочевой кислоты. Въ дальнѣйшемъ теченіи, иногда уже съ первыхъ дней заболѣванія, въ другихъ случаяхъ много позднѣе, появляется подкожная водянка и водянка полостей, иногда уремія и расширеніе или гипертрофія сердца.

Начало болѣзни, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, обозначается сильнымъ жаромъ и рвотой, въ другихъ—повышенія температуры почти не бываетъ и начало болѣзни ускользаетъ отъ наблюденія. — Нѣкоторые авторы, напр., Rosenstein, сомнѣваются въ способности остраго нефрита вызывать значительную лихорадку, но въ дѣтскомъ возрастѣ подобные случаи не принадлежатъ къ исключеніямъ.

Не слѣдуетъ думать, что всѣ перечисленныя свойства мочи всегда идутъ рука объ руку и параллельно другъ другу, напротивъ того, въ преобладаніи того или другого припадка, замѣчается большое разнообразіе, особенно относительно бѣлка и форменныхъ элементовъ. Въ иныхъ случаяхъ моча очень богатая бѣлкомъ, оказывается бѣдной цилиндрами и бѣлыми кровяными шариками, тогда какъ въ другихъ случаяхъ бываетъ, наоборотъ, много цилиндровъ и даже красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и мало бѣлка. Малому количеству мочи почти всегда соотвѣтствуетъ большое содержаніе бѣлка, но не наоборотъ, такъ какъ сильная альбуминурія встрѣчается иногда и при обильной мочѣ.

По всей вѣроятности, въ основѣ этихъ, діаметрально противоположныхъ свойствъ мочи лежитъ различная анатомическая сущность нефритовъ, которая однако, за недостаткомъ наблюденій не поддается точному клиническому опредѣленію при постели больного; теоретическое же разсужденіе позволяетъ ставить не картины болѣзни различныхъ формъ скарлатиннаго нефрита, а только контуры этихъ картинъ въ главныхъ чертахъ. Господствующій въ настоящее время взглядъ на дѣятельность почекъ состоитъ въ томъ, что пропотѣваніе бѣлка совершается въ клубочкахъ, здѣсь же фильтруется и вода мочи, тогда какъ азотистыя вещества доставляются эпителіемъ канальцевъ, здѣсь же при нефритахъ происходитъ отслойка почечнаго эпителія и образованіе цилиндровъ. Слѣдовательно, при чистомъ и распространенномъ гломерулонефритѣ мы должны ожидать малаго количества мочи, высокаго удѣльнаго вѣса, очень богатой бѣлкомъ, но почти или даже совсѣмъ свободной отъ почечнаго эпителія и бѣдной цилиндрами. При зернистомъ перерожденіи почечнаго эпителія, безъ пораженія соединительной ткани почки и клубочковъ, мочи должно бы быть много и она

была бы богата отслоившимся почечнымъ эпителіемъ и эпетеліальными цилиндрами, но бѣдна бѣлкомъ и азотистыми составными частями мочи; при геморрагической формѣ зернистаго перерожденія почки, въ мочѣ было бы много еще и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ (и все таки мало бѣлка); при остромъ паренхиматозномъ нефритѣ съ инфильтраціей и межуточной ткани, въ мочѣ должны бы были появиться въ большомъ числѣ и лимфоидные элементы.

Такъ какъ при постели больного въ громадномъ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ комбинацію всѣхъ этихъ признаковъ (мало мочи, много бѣлка, бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, цилиндровъ и эпителія), то имѣемъ право заключить, что при скарлатинозномъ нефритѣ обыкновенно поражаются всѣ элементы почки, т. е. какъ клубочки, такъ и эпителій и соедин. ткань. Выводъ этотъ подтверждается также и результатами патолого-анатомическаго изслѣдованія тѣхъ авторовъ, которые считаютъ анатомической сущностью скарлатинознаго нефрита острое паренхиматозное восполеніе почки.

Но, кромѣ этихъ обыкновенныхъ нефритовъ, почти всѣ авторы описываютъ еще и легкіе, и наоборотъ, очень тяжелые случаи васпаленія почекъ. Первые выражаются незначительной альбуминуріей съ цилиндрами при достаточномъ количествѣ мочи и по легкости теченія нисколько не уступаютъ т. н. лихорадочной альбуминуріи 1-го періода скарлатины и должны быть объяснены легкимъ паражeніемъ (зернистымъ перерожденіемъ) эпителія извитыхъ канальцевъ; тогда какъ вторые характеризуются бурнымъ началомъ, почти полной анураіей и быстрымъ развитіемъ уреміи.—Это, вѣроятно, по преимуществу результатъ пораженія клубочковъ (glomerulonephritis).

Изъ отдѣльныхъ симптомовъ нефрита заслуживаютъ особаго вниманія три, именно: водянка, уремія и гипертрофія сердца. Относительно *скарлатинозной водянки* мы остановимся прежде всего на потогенезѣ ея и посмотримъ, подъ вліяніемъ какихъ причинъ она появляется, и бываетъ ли водянка послѣ скарлатины безъ нефрита? Чтобъ отвѣтить на этотъ вопросъ, надо припомнить прежде всего характеръ скарлатинозной водянки и тѣ условія, при которыхъ она обыкновенно развивается.

Скарлатинозная водянка начинается обыкновенно съ подкожной клѣтчатки, именно съ лица и ногъ, и потомъ распространяется на все тѣло; изъ полостей прежде всего поражается животъ, потомъ полости плевръ и перикардія. Раз-

витіе водянки идетъ или очень медленно, такъ что maximum ея достигается лишь по истеченіи нѣсколькихъ дней или, наоборотъ, чрезвычайно быстро̀, и ребенокъ за одну ночь изъ очень худого превращается въ полнаго; по наблюденіямъ Trousseau, водянка въ нѣкоторыхъ случаяхъ достигаетъ своего maximum'а въ 24 часа. Характерно для водянки, даже самой незначительной, рѣзко выраженная блѣдность лица и вообще кожи и слизистыхъ оболочекъ. Смерть отъ водянки можетъ наступать или отъ отека легкихъ, или отъ задушенія, вслѣдствіе быстро наступающаго отека гортани, или отъ сдавленія легкихъ чрезмѣрно скопившейся жидкостью въ полостяхъ плевры.

Въ большинствѣ случаевъ, появленію отековъ и водянки полостей предшествуютъ явленія болѣе или менѣе тяжелаго нефрита, съ скуднымъ выдѣленіемъ мочи и съ задержкой воды въ оргзнизмѣ, причемъ химическій анализъ крови показываетъ въ ней процентное уменьшеніе бѣлка и увеличеніе количества воды. Эта-то гидремическая плетора, по мнѣнію нѣкоторыхъ, и въ особенности по Bartels'у, и служитъ причиной водянки. Но подобное объясненіе, при всей его заманчивой простотѣ, годится лишь для большинства случаевъ, но отнюдь не для всѣхъ. Помимо того, что оно опровергается экспериментальными рабатами Conheim'а, показавшаго что одно разжиженіе крови, даже до степени гораздо большей, чѣмъ оно встрѣчается у водяночныхъ больныхъ, не ведетъ къ подкожной водянкѣ, взглядъ Bartels'а опровергается и клиническими наблюденіями, показывающими, во 1-хъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ водянка появляется одновременно съ другими симптомами нефрита или даже раньше альбуминуріи и уменьшенія количества мочи, когда, слѣдов., о гидремической плеторѣ не можетъ быть и рѣчи; во 2-хъ, водянка можетъ отсутствовать въ теченіе многихъ дней, несмотря на полную анурію; въ-3-хъ, очень нерѣдко степень водянки вообще не пропорціональна количеству теряемаго черезъ почки бѣлка и степени уменьшенія мочи, да и быстрота развитія водянки далеко не всегда соотвѣтствуетъ почечнымъ симптомамъ: у одного больного мы встрѣчаемъ, напр., очень мало

мочи при отсутсвіи водянки, тогда какъ у другого и мочи довольно много и бѣлка въ ней мало, а водянка тѣмъ не менѣе появляется. Въ-4-хъ, иногда особенно сильно отекаютъ извѣстныя части тѣла, напр., лицо или мошонка, безъ замѣтной причины, но, конечно, отъ какихъ нибудь мѣстныхъ условій, а не отъ общей гидреміи только. Въ-5-хъ, наконецъ, что водянка не стоитъ въ прямой и исключительной зависимости отъ воспаленія почекъ, видно и изъ того, что при скарлатинозномъ нефритѣ и при простудномъ она встрѣчается значительно чаще, чѣмъ при нефритахъ иного происхожденія, напр., послѣ дифтеріи.

Изъ всего сказаннаго мы дѣлаемъ тотъ выводъ, что *скарлатинозную водянку нельзя считать простымъ слѣдствіемъ задержанія воды въ организмѣ, такъ какъ водянка эта обладаетъ извѣстной самостоятельностью, выражающеюся въ часто замѣчаемой диспропорціи между водянкой и другими явленіями нефрита*: Только что указанная особенность скарлатинозной водянки подмѣчена многими авторами, которые и старались дать ей подходящее объясненіе. Thomas, напр., не признающій существованія водянки безъ нефрита, нашелъ себя вынужденнымъ допустить, что въ патогенезѣ скарл. водянки должны быть замѣшаны также и вазомоторы (Ziems. Handb. II B. s. 241) Wagner (Ziems. Handb. Krank. d. Harnap 3 Auf. s. 82) замѣчаетъ, что причины водянки въ различныхъ случаяхъ Брайтовой болѣзни, вѣроятно, различны, но до сихъ поръ еще недостаточно выяснены и въ числѣ ихъ приводитъ, рядомъ съ разжиженіемъ крови, между прочимъ и предполагаемыя измѣненія кожи, въ видѣ паралича или увеличенной порозности капиллярныхъ стѣнокъ. Въ пользу этого послѣдняго условія, какъ главной причины водянки, говорятъ также и экспериментальныя изслѣдованія Conheim'a и Lichtheim'a. По ихъ теоріи, гидремія является лишь одной изъ причинъ нарушеннаго питанія сосудистыхъ стѣнокъ и увеличенной ихъ порозности, но что и то и другое можетъ произойти при скарлатинѣ и безъ гидреміи, напр., вслѣдствіе прямого вліянія яда, циркулирующаго въ крови или отъ какихъ нибудь

другихъ причинъ, въ родѣ лихорадочнаго состоянія, предшествовавшихъ болѣзней и мн. др.

Теоретически, слѣдовательно, вполнѣ возможно допустить, что при скарлатинѣ уже однихъ измѣненій капилляровъ можетъ быть достаточно, чтобы вызвать водянку и безъ посредства воспаленія почекъ, но въ дѣйствительности, въ большинствѣ случаевъ, измѣненія капилляровъ бываютъ не такъ значительны, и водянка появляется лишь тогда, когда къ этой причинѣ присоединяется еще и другая, именно гидремическая плетора. Хотя скарлатинозный ядъ дѣйствуетъ на капилляры всего тѣла, но измѣненія ихъ не вездѣ достигаютъ одинаковой степени, отчего и зависитъ преобладаніе отековъ то въ однѣхъ частяхъ, то въ другихъ.

Тѣмъ не менѣе, однако, существованіе скарлатинозной водянки безъ нефрита подтверждается и клиническимъ наблюденіемъ, такъ какъ фактъ, что водянка бываетъ безъ альбуминуріи засвидѣтельствованъ всѣми авторами, хотя онъ и не считается за вполнѣ доказательный, потому что допускаетъ и иное объясненіе.

Bartels, напр., подобно Thomas'у и Bohn'у, не признающій скарлатинозной водянки безъ нефрита, думаетъ, что въ такомъ случаѣ дѣло идетъ о скрытно протекающемъ воспаленіи почекъ, при которомъ больные участки почки совсѣмъ не даютъ мочи, а незначительное количество ея доставляется здоровыми частями. Что подобная случайность возможна, доказывается ссылкой на извѣстный случай Henoch'a (l. c. s. 524): 12-лѣтній мальчикъ поступилъ въ клинику Henoch'a съ отеками лица и мошонки въ періодѣ скарлатинознаго шелушенія. Моча отдѣлялась въ *незначительномъ* количествѣ, была кисла и давала осадокъ изъ мочекислыхъ солей, но не содержала ни бѣлка, ни цилиндровъ. Черезъ 2 дня появились уремическія судороги, маніакальное возбужденіе, мидріазъ и едва ощутимый пульсъ съ ціанозомъ и похолоданіемъ конечностей. Моча въ это время была уже богата бѣлкомъ и цилиндрами. Черезъ день ребенокъ умеръ, и при аутопсіи былъ найденъ двусторонній паренхиматозный нефритъ.—Но, во-1-хъ, подобные случаи принадлежатъ къ исключеніямъ,

тогда какъ водянка безъ альбуминуріи во время нѣкоторыхъ эпедемій является очень часто, какъ доказываютъ, напр., наблюденія Philipp'а, встрѣтившаго подобную водянку, во время одной изъ Берлинскихъ эпидемій, въ 60%; или Sanné который изъ 180 случаевъ водянки не нашелъ альбуминуріи въ 33-хъ, а, во-2-хъ объясненія Bartels'а нельзя принять безъ большой натяжки для случаевъ водянки, протекающихъ при *нормальной по количеству и блѣдной мочѣ*. Изъ того факта, что скудная моча, богатая уратами при скарлатинозной водянкѣ изрѣдка и временами оказывается безъ бѣлка, по моему мнѣнію, отнюдь нельзя заключать, что и обильная, свободная отъ уратовъ и вообще во все время водянки нормальная моча, тоже отдѣлялась-бы больными почками.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ моча у такого рода больныхъ, оставаясь блѣдной и свободной отъ осадка и не содержащая ни цилиндровъ, ни бѣлыхъ кровяныхъ тѣльцъ, по временамъ показываетъ при изслѣдованіи азотной кислотой слѣды бѣлка (какъ это было, напр., и въ случаяхъ Quinque—Berl. Wochens. 82. № 27), по одной ничтожной альбуминуріи, конечно, еще недостаточно для діагностики нефрита;—помимо другихъ причинъ, легкая альбуминурія можетъ быть слѣдствіемъ отека почки, потому что и почечные капилляры могутъ измѣняться подобно капилляромъ кожи и другихъ областей тѣла.

Само собой разумѣется, что спорный вопросъ о существованіи водянки безъ пораженія почекъ всего проще было бы рѣшить посредствомъ аутопсіи, но препятствіемъ въ этомъ случаѣ является то, что подобныя водянки (безъ альбуминуріи) почти никогда не кончаются смертью.

Уремія у дѣтей протекаетъ при тѣхъ-же симптомахъ, какъ и у взрослыхъ. Развитію ея предшествуетъ обыкновенно значительное уменьшеніе мочи въ теченіе нѣскольких дней подрядъ или быстрое исчезаніе отековъ, если они были. Но не слѣдуетъ думать, что уремія всегда является уже послѣ отековъ и водянки, напротивъ того, уремія обладаетъ полной самостоятельностью—она можетъ отсутствовать у сильно водяночнаго больного и, наоборотъ, вдругъ развиться у нефритика, у котораго нѣтъ и слѣда отековъ. Начало уреміи можно

подозрѣвать въ томъ случаѣ, если у больного, страдающаго воспаленіемъ почекъ, вдругъ появляется *головная боль и рвота* безъ всякой замѣтной причины. Пульсъ при этомъ бываетъ или очень напряженъ и нѣсколько замедленъ, или, по крайней мѣрѣ, нормальной частоты, или наоборотъ онъ малъ, слабъ и значительно учащенъ; температура какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ остается нормальной. Въ теченіе дня головная боль продолжается, и рвота повторяется нѣсколько разъ послѣ каждой пищи и питья. Въ счастливомъ случаѣ эти припадки не развиваются дальше, и больной черезъ день или два выздоравливаетъ, т. е. приходитъ in statum quo ante; при неблагопріятномъ ходѣ дѣла теченіе бываетъ различное, и развивается или *коматозная форма* уреміи или *конвульсивная.* Первая чаще наблюдается у больныхъ съ слабымъ и частымъ пульсомъ. Больной, послѣ того какъ его нѣсколько разъ вырвало, жалуется на общую слабость и дѣлается чрезвычайно апатиченъ и сонливъ; губы его слегка ціанотичны, конечности холодны. Общая слабость и сонливость увеличиваются съ каждымъ днемъ вмѣстѣ съ частотой и слабостью пульса, и дня черезъ два—три можетъ наступить тихая смерть безъ агоніи или послѣ явленій отека легкихъ.

Конвульсивная форма уремія встрѣчается чаще первой. Она характеризуется появленіемъ экламписическихъ судорогъ, которыя могутъ ограничиться или только однимъ приступомъ, послѣ котораго больной скоро приходитъ въ себя и быстро поправляется, или приступы судорогъ повторяются въ теченіе одного—двухъ дней нѣсколько разъ и иногда слѣдуютъ другъ за другомъ такъ часто, что больной не успѣваетъ проснуться отъ одного приступа, какъ слѣдуетъ ужь новый и, такимъ образомъ, больной не выходитъ изъ спячки и можетъ умереть; въ случаѣ улучшенія, приступы дѣлаются рѣже, больной приходитъ въ себя и первое время жалуется только на головную боль.

Уремическая эклампсія всегда почти сопровождается болѣе или менѣе значительнымъ повышеніемъ температуры, иногда до 40°/₀ и потому ее не всегда легко отличить отъ остраго менингита.

Послѣ уремическихъ судорогъ остается иногда внезапно наступающая слѣпота, при которой офталмоскопическое изслѣдованіе или не открываетъ ничего ненормальнаго на днѣ глаза или не болѣе какъ отекъ сѣтчатки. Уремическая слѣпота или остается на всю жизнь, или, что бываетъ гораздо чаще, скоро (черезъ нѣсколько часовъ) проходитъ и при томъ иногда также внезапно, какъ и появилась, или постепенно. Реакція зрачка или сохраняется во время слѣпоты или вполнѣ отсутствуетъ. Въ первомъ случаѣ можно вполнѣ надѣяться на возстановленіе зрѣнія (Graefe).

По вопросу о происхожденіи уреміи въ наукѣ существуютъ 2 главныхъ теоріи: по одной дѣло идетъ здѣсь объ отравленіи крови составными частями мочи—токсическая теорія, по другой — объ отекѣ мозга и острой головной водянкѣ желудочковъ — механическая теорія.

Токсическая теорія опирается на тотъ клиническій фактъ, что уремія наступаетъ обыкновенно послѣ того, какъ въ теченіе нѣсколькихъ дней больной отдѣлялъ мало мочи, химическій анализъ которой несомнѣнно доказывалъ, что въ организмѣ должна была задерживаться мочевина и другіе продукты обмѣна. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ задержка эта достигаетъ такой степени, что мочевина, выдѣляясь съ пòтомъ, осаждается въ видѣ кристаллическаго порошка на волосахъ и поверхности кожи больного. Съ другой стороны, послѣдователи токсической теоріи указываютъ на тотъ фактъ, что при аутопсіи уремиковъ, отекъ мозга и водянка желудочковъ встрѣчаются далеко не во всѣхъ случаяхъ, а гдѣ они были, то могли произойти какъ слѣдствіе судорогъ, а не причина ихъ. Въ виду приведенныхъ соображеній, токсическая теорія уреміи до настоящаго времени остается самой распространенной, хотя ядъ, вызывающій уремію, пока еще не опредѣленъ.

При всей своей правдоподобности, теорія эта не можетъ всетаки объяснить всѣхъ случаевъ уреміи, какъ, напр , тѣхъ, когда всѣ симптомы уреміи, во всей своей интензивности, появляются при такихъ нефритахъ, при которыхъ не существуетъ главнаго условія для интоксикаціи, т. е. когда моча

отдѣляется въ нормальномъ количествѣ и нормальнаго удѣльнаго вѣса, т. е. содержитъ должное количество мочевины и др. плотныхъ составныхъ частей; по Wagner'у (l. c. S. 72), уремія при обильной мочѣ можетъ зависѣть отъ всасыванія трансудированной жидкости и тогда появленію ея предшествуетъ замѣтное уменьшеніе отековъ кожи или водянки полостей.

Подобные случаи уже болѣе 10 лѣтъ тому назадъ обратили на себя вниманіе врачей, а въ нынѣшнемъ году др. Якубовичъ описалъ 5 такихъ случаевъ изъ клиники проф. Быстрова и во всѣхъ былъ найденъ отекъ мозга или водянка желудочковъ. По извѣстной теоріи Traube, острый отекъ мозга какъ причина уреміи является вслѣдствіе двухъ условій: гидреміи и усиленнаго напора крови въ капиллярахъ мозга, вслѣдствіе гипертрофіи сердца, сопутствующей нефриту. Въ случаяхъ Якубовича аутопсія дѣйствительно показала отекъ мозга, но только безъ гипертрофіи лѣваго желудочка, да и при жизни не было повышеннаго артеріальнаго давленія. Вѣроятно, отекъ мозга въ подобныхъ случаяхъ происходитъ подъ вліяніемъ тѣхъ-же причинъ какъ и скарлатинозная водянка вообще, т. е. подъ вліяніемъ измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ въ смыслѣ бо̀льшей ихъ порозности, а съ другой стороны подъ вліяніемъ гидреміи. Почему иногда отекаетъ больше лицо, у другихъ больныхъ мошонка, а у третьихъ мозгъ и т. д. этого мы не знаемъ. Свою работу о патогенезѣ уреміи др. Якубовичъ заканчиваетъ выводомъ, съ которымъ, кажется, трудно не согласиться, а именно, что уремія не есть опредѣленная болѣзнь, а комплексъ симптомовъ, могущій зависѣть отъ разныхъ причинъ, каковы, напр., интоксикація, отекъ мозга, ослабленная дѣятельность сердца, острый менингитъ и проч.

На *гипертрофію сердца* при остромъ воспаленіи почекъ, врачи обратили вниманіе лишь въ недавнее время. Благодаря патологоанатомическимъ изслѣдованіямъ Friedlaender'a и клиническимъ наблюденіямъ Silbermann'a (Jahrb. f. Kinderheilk. 1881. XVII, B. S. 178) и Riegel'я (Berl. Wochens. 82. № 23 и 24), возможность развитія гипертрофіи сердца, въ теченіе остраго скарлатинознаго нефрита въ настоящее время можно считать вполнѣ доказанной. Вопросъ идетъ лишь о томъ,

какъ часто встрѣчается это страданіе сердца при скарлатинозномъ нефритѣ и при какихъ именно формахъ его, а также о причинахъ гипертрофіи.

По Friedlaender'у сердце нефритиковъ нерѣдко бываетъ въ $1^{1}/_{2}$ раза тяжелѣе нормальнаго, что, конечно, не можетъ зависѣть отъ простого расширенія полостей сердца. Гипертрофія сердечной мышцы развивается иногда замѣчательно быстро, такъ, напр., въ случаѣ Riegel'я, у 15 лѣтняго мальчика уже на 2-й день нефрита появилось напряженіе пульса, а на 3-й день можно ужь было констатировать замѣтную гипертрофію сердца, выразившуюся увеличеніемъ тупого звука и усиленіемъ сердечнаго толчка. Смерть на 10-й день; при аутопсіи найденъ glomerulonephritis и гипертрофія сердца. Riegel особенно отмѣчаетъ раннее появленіе *напряженнаго пульса* при остромъ нефритѣ и считаетъ такой пульсъ при тяжелыхъ нефритахъ за явленіе постоянное. По его наблюденіямъ, чѣмъ сильнѣе нефритъ, тѣмъ раньше возникаетъ и усиленное напряженіе артерій, такъ что по качеству пульса можно судить объ интензивности пораженія почекъ. Менѣе постояннымъ симптомомъ онъ считаетъ *замедленіе пульса*, составляющее, по Thomas'у, замѣчательную особенность скарлатинознаго нефрита. Riegel встрѣчалъ этотъ симптомъ лишь при сильныхъ степеняхъ артеріальнаго давленія; въ подобныхъ случаяхъ пульсъ держится между 48 и 60 ударами, но иногда падаетъ еще ниже (въ одномъ случаѣ Riegel'я до 36). Между замедленіемъ пульса и его твердостью существуетъ, повидимому, тѣсная зависимость, причемъ сначала всегда является напряженіе пульса, а потомъ ужь замедленіе. Напряженіе пульса Riegel особенно часто встрѣчалъ именно при скарлатинозномъ нефритѣ, что объясняется, по его мнѣнію, тѣмъ, что при скарлатинѣ особенно часто бываетъ пораженіе клубочковъ, т. е. сдавленіе почечныхъ капилляровъ. На замедленіе и неправильность пульса въ теченіе скарлатинознаго нефрита указываетъ и Henoch, считающій это явленіе за результатъ разстройства инерваціи n. vagi, можетъ быть, подъ вліяніемъ легкой степени уреміи.

Относительно патогенеза гипертрофіи сердца при остромъ

нефритѣ, существуютъ лишь болѣе или менѣе вѣроятныя предположенія. По всей вѣроятности, препятствія въ почкахъ не служатъ единственной причиной, такъ какъ между продолжительностью и тяжестью нефрита, съ одной стороны, и явленіями со стороны пульса и сердца, съ другой, не существуетъ достаточной пропорціональности. По Friedlaender'у, усиленная работа сердца, ведущая къ гипертрофіи его, обусловливается различными моментами, а именно, во 1-хъ, закрытіемъ просвѣта капилляровъ почекъ, преимущественно въ клубочкахъ; во 2-хъ, отъ накопленія въ крови мочевины и другихъ продуктовъ обратнаго метаморфоза, дѣйствующихъ на вазомоторный центръ и вызывающихъ этимъ путемъ съуженіе всѣхъ периферическихъ сосудовъ. По Боткину, напротивъ, гипертрофія сердца при нефритахъ развивается не вслѣдствіе затрудненнаго кровообращенія въ почкахъ, а отъ перерожденія нѣкоторыхъ волоконъ сердечной мышцы, подъ вліяніемъ инфекціонной болѣзни; на долю оставшихся волоконъ достается, такимъ образомъ, больше работы, отчего онѣ и гипертрофируются (Лекціи. Вып. 2-й. 1886 г.). Это условіе не исключаетъ возможности и вышеприведенныхъ—одно можетъ поддерживать другое. Въ итогѣ можно принять за доказанное только то, что гипертрофія сердца при скарлатинозномъ нефритѣ развивается вслѣдствіе увеличенія препятствій для сердечной работы, что препятствія эти могутъ быть различны и что подъ вліяніемъ тѣхъ же причинъ у субъектовъ слабыхъ и истощенныхъ и потому рано умирающихъ, вмѣсто гипертрофіи развивается только расширеніе полостей сердца.

Познакомившись съ симптомами нефрита, мы скажемъ теперь нѣсколько словъ о теченіи его. Удобства ради можно отличать три типическихъ формы нефрита, между которыми существуютъ, конечно, всевозможныя переходныя степени. Эти формы слѣдующія: остро-лихорадочный или тяжелый нефритъ съ ясно опредѣленнымъ началомъ; подострый или нефритъ средней силы, протекающій съ легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ и безлихорадочный или легкій нефритъ.

Отличіе этихъ формъ основывается не на силѣ лихорадочнаго состоянія и не на продолжительности болѣзни, а, глав-

нымъ образомъ, на быстротѣ развитія припадковъ и на свойствахъ и количествѣ мочи, отъ которыхъ зависятъ и другіе опасные симптомы нефрита, именно водянка и уремія. При тяжеломъ нефритѣ maximum болѣзни достигается въ первые дни заболѣванія, такъ что почти полная анурія наступаетъ уже на 1, 2 или 3-й день; въ случаяхъ средней силы можно ясно замѣтить періодъ усиленія болѣзни, въ видѣ прогрессивнаго уменьшенія мочи и увеличенія въ ней количества бѣлка и форменныхъ элементовъ, періодъ maximum'a и періодъ ослабленія всѣхъ припадковъ; наконецъ, въ легкихъ формахъ нефрита незначительные припадки нефрита, разъ появившись, не усиливаются въ дальнѣйшемъ теченіи, а, напротивъ того, скоро исчезаютъ. Вообще говоря, чѣмъ меньше мочи и чѣмъ больше въ ней бѣлка, тѣмъ тяжелѣе и теченіе. Смертельный исходъ вслѣдствіе водянки или уреміи можетъ наступить и въ среднихъ случаяхъ, но только далеко не такъ скоро какъ въ тяжелыхъ. Исходъ въ хроническую форму скарлатинознаго нефрита почти никогда не наблюдается. Оборвать или остановить дальнѣйшее развитіе разъ начавшагося нефрита мы не въ состояніи, какъ не можемъ сдѣлать этого и при другихъ типически протекающихъ воспаленіяхъ внутреннихъ органовъ, напр., при pneumoniae.

Остро-лихорадочный нефритъ начинается внезапно сильнымъ повышеніемъ температуры (до 40°), рвотой и иногда знобомъ. Съ первыхъ же часовъ моча представляетъ всѣ характеристическія свойства остраго нефрита: количество ея значительно уменьшено (100—200 gramm pro die); она темна, мутна, сильно окрашена кровью и очень богата бѣлкомъ; въ осадкѣ много красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, цилиндровъ и уратовъ. Боль въ поясницѣ (въ области почекъ) обыкновенно бываетъ не сильна, и дѣти чаще жалуются на нее при давленіи. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, черезъ день или два, дѣло доходитъ до полной ануріи, которая, однако, никогда не продолжается долго, такъ-какъ скоро развивается уремія, которая и убиваетъ больного; если-же онъ переживаетъ самую тяжелую первую недѣлю, то замѣчается уже наклонность къ улучшенію, выражающееся прежде всего увеличеніемъ коли-

чества мочи, свойства которой въ теченіе 7—14 дней остаются въ прежнемъ видѣ; лихорадка рѣдко кончается ранѣе 10-го дня. Въ теченіе второй недѣли, а иногда и раньше, появляются сначала отеки лица и ступней, потомъ водянка полостей и прежде всего живота. Если больной не умираетъ ни отъ водянки, ни отъ уреміи, то съ прекращеніемъ лихорадки наступаетъ рѣшительное улучшеніе, такъ какъ количество мочи увеличивается съ каждымъ днемъ и нерѣдко превосходитъ не только норму, но и все количество принятой за день воды, что сопровождается быстрымъ всасываніемъ водяночныхъ трансудатовъ (и иногда приступами уреміи), количество бѣлка и цилиндры тоже замѣтно уменьшаются, и недѣли черезъ 4—6 отъ начала болѣзни наступаетъ полное выздоровленіе.

Въ случаяхъ *средней силы*, составляющихъ большинство, начало болѣзни удается опредѣлить лишь посредствомъ ежедневнаго изслѣдованія мочи у выздоравливающаго скарлатинознаго больного. Моча, оставаясь первое время нормальнаго вида и свѣтлой, оказывается содержащей бѣлокъ, а въ теченіе слѣдующихъ дней она принимаетъ обычныя свойства нефритической мочи и отдѣляется въ уменьшенномъ количествѣ; въ это время появляется и легкое лихорадочное состояніе, съ вечерними повышеніями до 38,5, которыхъ, впрочемъ, можетъ и не быть; въ періодѣ разгара болѣзни т. е. отъ 7 до 14—20 дня количество мочи падаетъ приблизительно на половину нормальнаго (среднее суточное количество мочи, по Шабановой, у дѣтей 2—5 лѣтъ 760 грм.; отъ 5 до 9=1043, отъ 10 до 13—1430) а бѣлокъ, осажденный кипяченіемъ, занимаетъ обыкновенно отъ $^1/_3$ до $^1/_4$ столба мочи, взятой въ пробирку. Раньше или позднѣе появляются отеки и т. д. Боль въ поясницѣ здѣсь бываетъ далеко не всегда; важнѣе для діагностики частыя позывы на мочеиспусканіе, несмотря на уменьшенное отдѣленіе мочи, что зависитъ, вѣроятно, оттого, что мочевой пузырь раздражается непривычнымъ для него ненормальнымъ составомъ мочи. — Продолжительность этой формы, приблизительно, тоже отъ 3 до 6 недѣль. Иногда альбуминурія въ видѣ единственнаго симптома протекшаго нефрита остается на довольно продолжительное время, напр., мѣсяца

на 2—3, или она временами исчезаетъ, а потомъ появляется снова подъ вліяніемъ моціона, обильной ѣды или и безъ замѣтныхъ причинъ.

Легкія формы нефрита протекаютъ почти совсѣмъ безъ симптомовъ и нерѣдко узнаются только потому, что врачъ ежедневно изслѣдовалъ мочу на всякій случай. Самые легкіе нефриты кончаются выздоровленіемъ въ нѣсколько дней; въ такихъ случаяхъ количество и цвѣтъ мочи остаются нормальными, но появляется легкая альбуминурія, а въ скудномъ осадкѣ удается открыть гіалиновые цилиндры, бѣлые и даже красные кровяные шарики и почечный эпителій. Черезъ нѣсколько дней эти явленія гипереміи почекъ исчезаютъ и не возвращаются болѣе. Чаще однако бываетъ такъ, что подобные симптомы со стороны мочи держатся недѣли двѣ, и за это время больной хотя ни на что не жалуется, но теряетъ аппетитъ, блѣднѣетъ и лицо его дѣлается одутловатымъ. Эта одутловатость и блѣдность лица сами по себѣ настолько характеристичны, что позволяютъ съ большой вѣроятностью предположить страданіе почекъ даже и безъ помощи уроскопіи. Легкія формы нефрита требуютъ къ себѣ самаго серьезнаго отношенія со стороны врача, такъ какъ онѣ очень наклонны къ переходу въ болѣе тяжелыя формы, въ особенности подъ вліяніемъ простуды и грубыхъ погрѣшностей въ діэтѣ.

Что водянкой могутъ сопровождаться даже и самые легкіе нефриты, это разумѣется само собой, послѣ того, какъ мы говорили выше о существованіи, такъ называемой эссенціальной скарлатинозной водянки, при которой не бываетъ даже и альбуминуріи.

Предсказаніе при скарлатинозномъ нефритѣ много зависитъ отъ характера эпидеміи. Въ нѣкоторыя эпидеміи умираютъ почти всѣ нефритики, въ другія—почти никто. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ прогнозъ тѣмъ хуже, чѣмъ меньше мочи и чѣмъ богаче она бѣлкомъ. Много мочи богатой бѣлкомъ все таки лучше, чѣмъ мало мочи, хотя бы и бѣдной бѣлкомъ. Головная боль и рвота, при уменьшенномъ количествѣ мочи, указываютъ на приближающуюся уремію и потому имѣютъ дурное прогностическое значеніе; если появились судороги,

то положеніе больного дѣлается опаснымъ, но отнюдь небезнадежнымъ даже и въ томъ случаѣ, если эклампсическіе припадки повторяются разъ за разомъ и больной не выходитъ изъ сопорознаго состоянія. Процентъ выздоровленія отъ уреміи различными авторами опредѣляется отъ 40 до 60% (у West'a изъ 12 случаевъ выздоровѣло 7, у Rilliet и Barthez'a изъ 13—10, у Cadet de Gassicourt'a выздоровѣло половина больныхъ; у Sanné изъ 14—6). West говоритъ, что если больной пережилъ 24 часа послѣ 1-го приступа судорогъ, то можно считать, что опасность миновала.

Предсказаніе несравненно хуже при той формѣ уреміи, которая выражается ціанозомъ и частымъ, слабымъ пульсомъ. Дурное прогностическое значеніе имѣютъ также быстро возрастающая водянка, особенно hydrotorax и hydropericardium, еще хуже явленія отека легкихъ или гортани.

Выше было уже сказано, что скарлатина всего чаще осложняется пораженіемъ почекъ и воспаленіемъ различныхъ серозныхъ оболочекъ. Изъ этихъ послѣднихъ не всѣ поражаются одинаково часто; всего рѣже страдаютъ мозговыя оболочки и брюшина, потомъ въ восходящемъ порядкѣ идутъ эндо—и перикардій, плевра и серозная сумка сочлененій.

Всѣ эти воспаленія серозныхъ оболочекъ, за исключеніемъ синовитовъ, не представляютъ никакихъ особенностей отъ обыкновенныхъ воспаленій, напр., подъ вліяніемъ простуды и проч. и потому говорить о нихъ не будемъ, отмѣтимъ только, что скарлатинозный плевритъ и перикардитъ оказываютъ большую наклонность къ переходу въ гнойную форму. Мы остановимся только на скарлатинозныхъ артритахъ.

Воспаленіе сочлененій при скарлатинѣ бываетъ двухъ родовъ: 1) съ серознымъ экссудатомъ и 2) съ гнойнымъ.

Серозные синовиты—rheumatismus scarlatinosus (Trousseau) Synovitis scarlatinosa (Henoch) не принадлежитъ къ числу частыхъ осложненій скарлатины; въ различныя эпидеміи серозные синовиты встрѣчаются отъ 1 до 6%.

Воспаленіе сочлененій встрѣчается какъ въ легкихъ, такъ и въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины; оно можетъ появиться уже на первой недѣлѣ болѣзни, но чаще отъ 9-го до 16-го дня,

т. е. въ началѣ періода шелушенія. Сходство съ острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ состоитъ въ томъ, что часто поражаются нѣсколько сочлененій (2—3) за разъ, причемъ появляется и лихорадочное состояніе; но главное отличіе проявляется въ сравнительной легкости теченія скарлатинознаго синовита. Въ самыхъ легкихъ случаяхъ дѣло ограничивается только болью того или другого сочлененія, безъ опухоли и красноты, и повышеніемъ темпер., примѣрно до 39°/₀; дня черезъ 2—3 все проходитъ. Если кромѣ боли замѣчается также и опухоль, то лихорадка держится нѣсколько дольше, но все-таки скоро проходитъ даже и безъ лѣченія, что зависитъ оттого, что скарлатинозный синовитъ не оказываетъ наклонности перебрасываться съ одного сочлененія на другое и обыкновенно не возвращается въ то сочлененіе, гдѣ ужь онъ былъ (Trousseau). Всего чаще поражается запястье, потомъ большія сочлененія (локоть, бедро, колѣно) и рѣдко пальцы. Graves описалъ 4 случая скарлатинознаго ревматизма шейной части позвоночника. Больные жаловались на сильныя боли въ задней части шеи, усиливавшіяся при всякомъ движеніи шеи и головы; голова была закинута назадъ и выпрямленіе ее, пассивное или активное, вызывало нестерпимыя боли; глотаніе было затруднено. Продолжительность и интензивность этихъ случаевъ была очень различна; всѣ они кончились выздоровленіемъ. Cadet de Gassicourt, у котораго мы заимствовали это описаніе, наблюдалъ только одинъ случай съ такими-же симптомами, но больной этотъ умеръ и при вскрытіи оказалось, что у него былъ не arthritis cervicalis, а гнойный цереброспинальный менингитъ, а потому Cadet задается вопросомъ, не было-ли ограниченнаго менингита и въ случаяхъ Graves.

Самъ по себѣ скарлатинозный синовитъ нисколько не опасенъ и всегда скоро проходитъ, но дурное значеніе его состоитъ въ томъ, что онъ часто осложняется воспаленіемъ другихъ серозныхъ оболочекъ (Henoch), въ чемъ еще разъ проявляется сходство скарлатинознаго воспаленія сочлененій съ обыкновеннымъ ревматизмомъ. Какъ очень рѣдкій исходъ скарлатинознаго синовита встрѣчается иногда переходъ въ хроническую форму и tumor albus (по Bokaj, вѣроятно, вслѣд-

ствіе золотушной дискразіи) и въ нагноеніе сочлененія, причемъ боль, краснота и опухоль сочлененія значительно усиливаются, лихорадка принимаетъ адинамическій характеръ, сопровождается бредомъ и другими тяжелыми нервными симптомами и, по Trousseau, неминуемо кончается скорой смертью; однако Henoch и Bokaj наблюдали и болѣе медленное теченіе подобныхъ синовитовъ съ исходомъ въ выздоровленіе, послѣ нѣсколько мѣсячнаго страданія, съ вскрытіемъ гнойника наружу и образованіемъ анкилоза.

Нѣкоторые авторы (Hüttenbrener, Senator) считаютъ скарлатинозный синовитъ тождественнымъ съ обыкновеннымъ ревматизмомъ, но въ виду легкости теченія скарлатинознаго ревматизма взглядъ этотъ мало вѣроятенъ, а потому большинство (Trousseau, Henoch, Bokaj и др.) считаютъ воспаленіе сочлененій при скарлатинѣ за слѣдствіе вліянія яда этой болѣзни на серозныя оболочки вообще.

Гнойный скарлатинозный синовитъ, если онъ развивается не изъ предыдущей формы, а появляется таковымъ съ самаго начала, то всегда служитъ выраженіемъ піэміи и осложняетъ только тяжелые случаи скарлатины, сопровождающіеся обширной флегмоной или гангреной шейной клѣтчатки. По мнѣнію Henoch'а, они имѣютъ обыкновенно эмболическое происхожденіе, причемъ пробки заносятся или изъ мелкихъ сосудовъ флегмонозно-воспаленной клѣтчатки или образуются вслѣдствіе распаденія тромба v. jugalaris. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ такіе больные умираютъ очень скоро, (въ 2—3 дня) но иногда болѣзнь затягивается и по прошествіи многихъ мѣсяцевъ можетъ кончиться выздоровленіемъ, конечно, съ большимъ или меньшимъ нарушеніемъ функціи пораженнаго сочлененія.

Гнойные синовиты отличаются отъ серозныхъ гораздо большей болѣзненностью пораженныхъ сочлененій и рѣзкой краснотой и опухолью, а также тяжелымъ общимъ состояніемъ, соотвѣтствующимъ картинѣ септикопіэміи (высокая лихорадка, апатія и сопоръ, сухой, покрытый бурымъ налетомъ языкъ и т. п.).

Henoch приводитъ въ своемъ руководствѣ 3 случая гной-

наго синовита совсѣмъ иного происхожденія, именно вслѣдствіе вскрытія въ сочлененіе периартикулярнаго абсцесса. Такая случайность принадлежитъ къ числу весьма рѣдкихъ.

Къ числу послѣдовательныхъ болѣзней относится анемія, глухота и вообще всевозможныя послѣдствія тѣхъ или иныхъ осложненій (менингитъ при гнойномъ отитѣ, искривленіе грудной клѣтки послѣ плеврита, контрактуры членовъ послѣ воспаленія сочленій и др.).

Предсказаніе.

Скарлатина принадлежитъ къ числу самыхъ коварныхъ болѣзней, такъ какъ различныя осложненія, ей свойственныя, и въ особенности воспаленіе почекъ, можетъ присоединиться ко всякому случаю, какъ-бы правильно онъ ни текъ и какимъ-бы легкимъ онъ ни казался; а потому, имѣя дѣло съ скарлатиной, никогда нельзя быть увѣреннымъ въ благополучномъ ея окончаніи, и хорошее предсказаніе въ легкихъ и среднихъ случаяхъ можно ставить не иначе, какъ съ резервомъ.

При предсказаніи необходимо прежде всего сообразоваться съ характеромъ эпидеміи, отъ котораго зависитъ не только болѣе частое появленіе тяжелыхъ или легкихъ случаевъ, но и преобладаніе того или иного осложненія, съ тѣмъ или инымъ исходомъ; бываютъ, напр., эпидеміи скарлатины, во время которыхъ воспаленіе почекъ является очень рѣдко и наоборотъ, встрѣчаются эпидеміи, при которыхъ послѣдовательный нефритъ является какъ правило и протекаетъ или сплошь въ видѣ легкихъ случаевъ (у Bartels'a, напр., въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ не было ни одного смертнаго случая), или напротивъ, почти всегда кончается смертью (у него-же въ 1863 г. умерли всѣ 13 паціентовъ). То же можно сказать и про другія осложненія. Вообще говоря, эпидемію скарлатины можно считать доброкачественной, если % смертности не превосходитъ 10; въ большинствѣ случаевъ онъ держится отъ 13 до 18", а въ тяжелыя эпидеміи подымается до 30—40% (Thomas l. c. S. 273).

Во 2-хъ, надо сообразоваться съ характеромъ даннаго случая. Нормальная скарлатина, протекающая при температурахъ около 40°, безъ тяжелыхъ нервныхъ явленій и безъ дифтерита никогда не ведетъ къ смерти, если только остается свободной отъ серьезныхъ осложненій.

Въ тяжелой скарлатинѣ пользуются дурной репутаціей въ прогностическомъ отношеніи: 1) высокая лихорадка (41° и больше) съ первыхъ дней заболѣванія, не уступающая противолихорадочному способу лѣченія; 2) тяжелыя нервныя явленія въ началѣ болѣзни, въ видѣ затемненнаго сознанія, бреда при открытыхъ глазахъ, вскакиванья съ постели и въ особенности экламписическія судороги у дѣтей послѣ 5-и лѣтъ. Со стороны органовъ пищеваренія: очень сухой языкъ, упорная желчная рвота и неудержимый поносъ въ началѣ болѣзни и обширный дифтеритъ въ дальнѣйшемъ теченіи. Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія: частый и малый пульсъ (180—200), похолоданіе конечностей, диспнеа, ціанозъ (признакъ близкой смерти); со стороны сыпи: медленное и не обильное высыпаніе, не смотря на высокую лихорадку, или синеватый оттѣнокъ сыпи, хотя-бы и очень обильной; большое количество петехій на кожѣ (петехіальный характеръ сыпи въ нѣжныхъ мѣстахъ, напр., въ локтевыхъ и подколѣнныхъ сгибахъ, какъ ужь замѣчено выше, встрѣчается очень часто при совершенно нормальной скарлатинѣ и дурного значенія не имѣетъ); обширная инфильтрація шейной клѣтчатки, въ особенности съ исходомъ въ гангрену (безусловно смертельна); periparotitis, гнойный синовитъ.

При появленіи нефрита можно руководствоваться признаками приведенными нами при характеристикѣ тяжелыхъ, среднихъ и легкихъ формъ воспаленія почекъ. По Thomas'у, лучшее предсказаніе допускаютъ нефриты съ постепеннымъ началомъ въ концѣ 3-й или 4-й недѣлѣ скарлатины; и вообще, чѣмъ позднѣе онъ начинается, тѣмъ лучше (l. c. стр. 232). Тотъ-же взглядъ высказываетъ и West (l. c. 402).

Въ 3-хъ, на предсказаніе оказываетъ вліяніе и возрастъ: чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ больше шансовъ, что онъ не перенесетъ скарлатину, хотя не мало бываетъ случаевъ выз-

доровленія и грудныхъ дѣтей. Вообще послѣ 5—7 лѣтъ, смертность отъ скарлатины значительно уменьшается.

Діагностика.

Распознаваніе нормальной скарлатины съ хорошо развитой сыпью не представляетъ никакихъ трудностей для того, кто хоть разъ ее видѣлъ, но тѣмъ не менѣе молодые врачи и въ особенности студенты часто смѣшиваютъ ее съ корью. Такая ошибка происходитъ вслѣдствіе того, что скарлатинозная сыпь описывается какъ сплошная, не оставляющая нормальныхъ участковъ кожи, между тѣмъ какъ при кори, будь она даже сливная, мѣстами всегда можно видѣть нормальную кожу. Но, какъ я уже говорилъ при описаніи сыпи, этотъ критерій недостаточно надеженъ, такъ какъ аномальная сыпь при скарлатинѣ нерѣдко бываетъ не сплошной; гораздо большее значеніе для діагностики имѣетъ точечный или мраморный видъ скарлатины, въ отличіе отъ пятнистой сыпи при кори (см. корь). — Но, кромѣ этого, нормальная скарлатина отличается отъ нормальной кори характеромъ сыпи на лицѣ и пораженіемъ слизистыхъ оболочекъ: при скарлатинѣ губы и подбородокъ никогда не занимаются сыпью и своимъ блѣднымъ видомъ рѣзко отличаются отъ ненормально красныхъ щекъ; тогда какъ при кори сыпь не только не щадитъ этихъ частей лица, но именно здѣсь-то и еще на носу она и показывается прежде всего.

Что касается до слизистыхъ оболочекъ, то для скарлатины особенно характеристично пораженіе зѣва и нѣсколько позднѣе скарлатинозный языкъ; но глаза, гортань и бронхи не поражаются, а потому не бываетъ ни кашля, ни насморка, ни хрипоты, ни слезотеченія.

Діагностика скарлатины въ первые часы заболѣванія, т. е. до появленія сыпи, можетъ быть сдѣлана только въ томъ случаѣ, если при быстромъ поднятіи температуры, боли горла, рвотѣ и очень частомъ пульсѣ, въ зѣвѣ замѣтна точечная (петехіальная) сыпь. Если пораженіе зѣва съ самаго начала является въ видѣ разлитой красноты, то распознаваніе не

идетъ дальше вѣроятности, да и то если есть рвота, въ противномъ же случаѣ врачъ можетъ даже и не подозрѣвать скарлатину, пока не появится сыпь. Если въ домѣ есть уже скарлатинозный больной, то діагностика новыхъ заболѣваній, конечно, легче; при такомъ условіи можно правильно оцѣнить даже и самые аномальные случаи.

Легкая скарлатина безъ жабы, можетъ быть смѣшана съ различными сыпями, имѣющими сходство съ скарлатинозной экзантемой.

На первомъ мѣстѣ я поставилъ бы здѣсь потницу, sudamina rubra. Она очень часто встрѣчается у дѣтей до 2-хъ лѣтъ, особенно у рахитиковъ и по своему виду, иногда поразительно похожа на скарлатину, но главное ея отличіе состоитъ въ локализаціи: она занимаетъ только тѣ мѣста, которыя сильно потѣютъ, именно шею, грудь и верхнюю половину спины; меньше лобъ и внутреннія поверхности бедеръ; характернымъ отличіемъ служитъ далѣе то, что животъ при потницѣ или совсѣмъ свободенъ отъ сыпи или здѣсь ее очень мало. Потница отличается еще своей летучестью, т. е. она замѣтно усиливается при тепломъ содержаніи больного и значительно блѣднѣетъ или даже исчезаетъ при прохладномъ, и такимъ образомъ держится цѣлую недѣлю или дольше, или часто возвращается.

Другая сыпь, тоже очень похожая на скарлатинозную, является у дѣтей послѣ смазыванія ихъ различными домашними средствами, напр., деревяннымъ масломъ, саломъ, вазелиномъ. Подобная сыпь занимаетъ большею частью только мѣста съ нѣжной кожей, напр., животъ, грудь и щадитъ спину и конечности.

Такъ какъ публика очень часто прибѣгаетъ къ смазыванію тѣла ребенка при всякомъ жарѣ, то легко можетъ случиться, что послѣ смазки высыпитъ и настоящая скарлатинозная сыпь, если смазываніе произведено во время продромальной лихорадки; анамнезомъ, слѣдовательно, нужно пользоваться осторожно и имѣть въ виду, что искусственная сыпь отъ масла никогда не занимаетъ всей поверхности тѣла, какъ это бываетъ при скарлатинѣ.

Къ этой же категоріи случаевъ относятся и искусственныя эритемы, вызванныя внутренними пріемами лѣкарствъ. Особенной извѣстностью пользуется въ этомъ отношеніи хининъ. Діагностика лѣкарственныхъ сыпей иногда бываетъ очень не легка и въ случаѣ сомнѣнія, для повѣрки діагностики назначаютъ больному снова тотъ пріемъ лѣкарства, отъ котораго появилась сыпь. *Лѣкарственная сыпь характеризуется именно тѣмъ, что она можетъ быть вызвана у того же самаго субъекта по произволу тѣмъ же самымъ пріемомъ, отъ котораго она явилась и въ первый разъ.*

Дальнѣйшее отличіе „лѣкарственной" скарлатины отъ настоящей, состоитъ въ отсутствіи при первой жабы и характернаго для скарлатины языка; но лихорадка можетъ быть очень значительная. Кромѣ хинина подобную сыпь вызываютъ иногда хлораль гидратъ, опій, наперстянка, іодистый калій, белладона (атропинъ) и друг.

За скарлатину можетъ быть принята иногда и оспа, именно въ продромальномъ періодѣ, когда на второй день послѣ жара и рвоты появляется распространенная продромальная эритема, которая, впрочемъ, не имѣетъ точечнаго характера, да и зѣвъ при ней не поражается.

Объ отличіи скарлатины отъ скарлатинозной краснухи, см. объ этой послѣдней.

Скарлатина безъ сыпи, но съ лихорадкой и ангиной, можетъ быть смѣшана, смотря по характеру измѣненій зѣва, то съ простой катарральной жабой, то съ фолликулярной или дефтеритической. Діагностика основывается на этіологическихъ моментахъ, на начальной рвотѣ и на измѣненіяхъ языка; во многихъ случаяхъ распознаваніе не идетъ дальше болѣе или менѣе вѣроятнаго предположенія и выясняется лишь при новыхъ случаяхъ заболѣванія въ той же семьѣ или при появленіи какого нибудь характернаго осложненія, наприм., воспаленія почекъ, водянки, остраго синовита.

Случаи скарлатины, кончающіеся смертью въ первые часы болѣзни, еще до сыпи, могутъ быть приняты за острый менингитъ, тяжелый тифъ или-оспу; правильная діагностика возможна лишь на основаніи этіологическихъ моментовъ,

если же источникъ зараженія неизвѣстенъ, то и вскрытіе немного помогаетъ выясненію дѣла и діагностика останавливается на предположеніи какого-то отравленія крови.

Изъ осложненій скарлатины чаще всего просматривается экссудативный плевритъ, перикардитъ и эндокардитъ, такъ какъ всѣ эти процессы могутъ протекать въ первое время скрытно, т. е. не вызывая субъективныхъ жалобъ больного. Въ виду этого необходимо тщательное объективное изслѣдованіе больного при всякомъ лихорадочномъ состояніи, появляющемся у скарлатинознаго въ неурочное время, т. е. если оно затягивается послѣ исчезанія сыпи или вновь появляется въ періодѣ выздоровленія.

Чтобъ не просмотрѣть начало нефрита, который можетъ протекать и безъ лихорадки, слѣдуетъ принять за правило, изслѣдовать мочу больного ежедневно, по крайней мѣрѣ, до конца 4-й недѣли.

Лѣченіе.

Такъ какъ противоядія противъ зараженія скарлатинознымъ ядомъ мы не знаемъ, то намъ остается только предохранительное и симптоматическое лѣченіе.

Предохранительное лѣченіе состоитъ въ полной изоляціи заболѣвшаго отъ здоровыхъ. Такъ какъ несомнѣнно, что скарлатина можетъ передаваться черезъ третье лицо, остающееся здоровымъ и черезъ вещи, то необходимо обратить вниманіе и на эту сторону дѣла: больной долженъ имѣть особую прислугу, свою посуду, мебель и проч. Многіе врачи требуютъ безусловнаго запрещенія посѣщать школы братьямъ и сестрамъ заболѣвшаго, что конечно вполнѣ раціонально, но только въ томъ случаѣ, если больной не строго изолированъ. Henoch предлагаетъ даже штрафовать тѣхъ врачей, которые не даютъ знать въ полицію о появленіи въ извѣстномъ домѣ скарлатины.

Въ теченіе какого времени самъ больной долженъ считаться заразительнымъ, сказать трудно. Такъ какъ чешуйки

эпидермиса несомнѣнно содержатъ въ себѣ заразу, то принято считать больного заразительнымъ до конца шелушенія, т. е. до конца 4-й или 6-й недѣли. Понятно, что при помощи жирныхъ смазокъ и теплыхъ ваннъ въ періодѣ выздоровленія, можно значительно ускорить процессъ лупленія, а тѣмъ самымъ укоротить и періодъ заразительности. Если шелушеніе тянется значительно дольше нормальнаго срока, или повторяется нѣсколько разъ на одномъ и томъ же мѣстѣ, или на всемъ тѣлѣ, то заразительный періодъ считается оконченнымъ въ 40 дней.

Къ предохранительнымъ же средствамъ относится и дезинфекція помѣщенія и вещей больного, по правиламъ, изложеннымъ въ первой главѣ (см. стр. 19).

Для предохраненія больного отъ осложненій принято держать его въ постели въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, но сколько именно? на этотъ счетъ опредѣленныхъ правилъ нѣтъ. Большинство осложненій при скарлатинѣ появляется въ теченіе 2-й и 3-й недѣли, а потому до конца третьей недѣли больной обязательно долженъ лежать въ постели даже и послѣ легкой скарлатины. Если къ этому сроку моча не содержитъ бѣлка, то больной можетъ встать и лѣтомъ въ теплую погоду выходить на воздухъ, а зимой оставаться въ комнатѣ еще съ недѣлю, т. е. до конца шелушенія на туловищѣ.

Лежать въ постели всѣ 40 дней слишкомъ томительно для больного и по моему мнѣнію безполезно; вѣдь главная причина осложненій не простуда, а вліяніе яда. Въ видахъ предохраненія больного отъ послѣдовательнаго нефрита, Bohn настоятельно рекомендуетъ теплыя ванны какъ только кончился лихорадочный періодъ, а Baginsky съ той же цѣлью рекомендуетъ ихъ уже съ самаго начала болѣзни; послѣ ванны онъ смазываетъ все тѣло саломъ и одѣваетъ въ чистое бѣлье. Онъ съ увѣренностью утверждаетъ, что такимъ образомъ всегда можно предотвратить развитіе тяжелой водянки.

Симптоматическое лѣченіе скарлатины состоитъ въ борьбѣ съ лихорадкой и въ устраненіи другихъ опасныхъ симптомовъ

Что касается до лихорадки, то, конечно, антипиретическій способъ лѣченія показанъ далеко не во всѣхъ случаяхъ скарлатины. Легкіе и средніе по силѣ случаи, съ лихорадкой до 40°, при умѣренно выраженныхъ нервныхъ симптомахъ не требуютъ никакихъ жаропонижающихъ средствъ, такъ какъ высокая t° держится не долго и не угрожаетъ больному ничѣмъ серьезнымъ; другое дѣло при очень высокой лихорадкѣ (41—42) и при тяжелыхъ нервныхъ припадкахъ. Чѣмъ злокачественнѣе скарлатина, тѣмъ упорнѣе оказывается и жаръ и тѣмъ энергичнѣе приходится дѣйствовать.

Изъ наружныхъ жаропонижающихъ средствъ большинство авторовъ рекомендуютъ для дѣтскаго возраста постепенно охлаждаемыя, такъ назыв. Ziemssen'скія ванны: больного сажаютъ въ ванну 28° R. и въ теченіе 20—30 минутъ, пока онъ сидитъ въ ней, охлаждаютъ воду прибавкой холодной воды, до 24—22°. Смотря по результату, ванну повторяютъ 2—3 раза въ день. Такія ванны часто остаются безъ результата, а потому Cadet de Gassicourt совѣтуетъ прибѣгать прямо къ холоднымъ ваннамъ; онъ сажаетъ больного въ 19—20° воду и держитъ его въ ваннѣ 30 и даже 45 минутъ (до появленія зноба) и повторяетъ такія ванны 2—3 раза въ день. Такое купанье можно считать рискованнымъ, такъ какъ оно вызываетъ иногда колляпсъ. Въ особенно тяжелыхъ случаяхъ, кромѣ ваннъ, приходится назначать еще и внутреннія средства, изъ которыхъ одними рекомендуется хининъ, другими антипиринъ и друг. Хининъ назначается по стольку гранъ на пріемъ, сколько ребенку лѣтъ, 2—3 раза въ день; но дѣйствіе его въ такихъ дозахъ не блестяще, лучше понижаетъ температуру антипиринъ, дѣйствіе котораго должно быть контролируемо градусникомъ. Мы даемъ его обыкновенно въ тѣхъ же дозахъ, какъ и хининъ и черезъ 3 часа повторяемъ пріемъ, если градусникъ не показываетъ достаточнаго пониженія температуры (до 39,5 in axil.), черезъ 3 часа производится новое измѣреніе t'ы и, въ случаѣ надобности, назначается 3-й пріемъ. Антипиринъ принадлежитъ къ числу не индеферентныхъ средствъ, такъ какъ даже и такіе, сравнительно небольшія дозы, у нѣкоторыхъ вызываютъ явленія

коллапса; въ легкой степени—въ видѣ похолоданія кожи и частаго пульса, или въ болѣе тяжелой—въ видѣ неправильнаго, замедленнаго пульса, холодныхъ конечностей, субнормальной t'ы, широкихъ, нереагирующихъ зрачковъ. Не зная индивидуальности больного, для начала лѣченія можно довольствоваться дозами вдвое менѣе показанныхъ, особенно при такой болѣзни, какъ скарлатина, которая и сама по себѣ ведетъ иногда къ параличу сердца. Понятно, что при первыхъ признакахъ ослабленной дѣятельности сердца лѣченіе антипириномъ должно быть прекращено. Пониженіе t'ы послѣ антипирина держится недолго, такъ что черезъ нѣсколько часовъ приходится снова повторять пріемы. Наблюденія изъ клиники Henoch'а (Charite—Annalen XI. 1886) говорятъ не въ пользу антипирина при скарлатинѣ. Изъ другихъ жаропонижающихъ, салициловый натръ, по своему вредному вліянію на сердце, рѣшительно не годится для скарлатинозныхъ больныхъ, которымъ и безъ того угрожаетъ смерть отъ паралича сердца. Впрочемъ, въ настоящее время средство это, какъ antipyreticum, почти совсѣмъ ужъ оставлено, даже и горячими поклонниками, какъ напр., Steffen'омъ. (l. c. s. 1). Въ послѣднее время рекомендуется какъ хорошее antipyreticum, не вызывающее вреднаго побочнаго дѣйствія, Thallinum sulphuricum и tartaricum, который дается всегда въ сравнительно малыхъ дозахъ, наприм., груднымъ дѣтямъ по $^1/_2$ gr. черезъ 2 часа, до дѣйствія; дѣтямъ 5—6 лѣтъ, по 1—2 gr. 2—6 разъ въ день, смотря по дѣйствію; взрослымъ по 3—4 грана.—Я лично не имѣю никакой опытности относительно дѣйствія таллина; Steffen наблюдалъ (Jahrb. f. Kinderh. XXV. 1 и 2. H. 1886), иногда, что повышеніе t^0 послѣ прекращенія дѣйствія средства, сопровождалось знобомъ и ціанозомъ. Послѣднее обстоятельство заставляетъ относиться къ новому средству съ большой осторожностью. Steffen давалъ его дѣтямъ до году по $^1/_2$—$^1/_4$ gr. на пріемъ; отъ 3—5 лѣтъ по грану; послѣ 6 лѣтъ по 2 гр. и повторялъ тотъ же дозъ черезъ 1-6 часовъ, когда t^0 снова подымалась до 39,5. Что дѣтьми могутъ переноситься безъ вреда и гораздо большіе пріемы, видно, напр., изъ наблюденій Monteunis (Etude

clinique de la fievre et des antipyretiques nouveaux dans les maladies des enfants. 1886. p. 136), который давалъ дѣтямъ одного года по 5 gr. на пріемъ, и не видалъ притомъ никакихъ дурныхъ послѣдствій; Moncorvo даетъ обыкновенно 3 gr. дѣтямъ до года, и до 1 грм. дѣтямъ 5 лѣтъ. Холодныя завертыванія въ простыни по силѣ дѣйствія уступаютъ Ziemssen'скимъ ваннамъ, но до нѣкоторой степени всетаки замѣняютъ ихъ. Какъ и при тифѣ, для завертываній берется простыня, смоченная комнатной водой и постланная поперекъ постели; на нее кладется больной такимъ образомъ, чтобы верхній край простыни приходился бы подмышки; потомъ больной завертывается съ ногами въ простыню и быстро растирается до полнаго согрѣванія простыни; минутъ черезъ 10 его завертываютъ въ другую простыню и такъ повторяютъ раза 3—4.

Завертыванія особенно показаны въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желательно произвести отвлеченіе на кожу, напр., при слишкомъ слабо выраженной сыпи; нѣкоторые англійскіе врачи, напр., Taylor, Ellis (Man. prat, des maladies des enf. 1884) при тяжелыхъ нервныхъ симптомахъ, слабомъ пульсѣ и блѣдной кожѣ рекомендуютъ горчичныя завертыванія, причемъ простыня смачивается водой, въ которой распущена горчица (на глубокую тарелку воды столовую ложку, наравнѣ съ краями, горчицы).

Противъ тяжелыхъ нервныхъ припадковъ, въ началѣ скарлатины Trousseau особенно хвалитъ *обливанія холодной водой.* Больного сажаютъ въ пустую ванну и выливаютъ на него 3—4 ведра воды, температурой въ 20—25 Ц. Обливаніе продолжается отъ $^1/_4$ до 1 минуты. Затѣмъ паціента тотчасъ обертываютъ въ простыню и кладутъ въ постель не обтирая, а только хорошо укрывши. Обливанія повторяются разъ или два въ сутки, смотря по силѣ припадковъ. Онѣ должны быть начаты тотчасъ же, какъ только нервные припадки дойдутъ до значительной напряженности, и продолжаться до существеннаго улучшенія (Лекціи Труссо. Т. II, стр. 141, перев. Кристофа). Такія обливанія хотя и не всегда спасаютъ боль-

ного, но въ рукахъ Trousseau всегда облегчали припадки и, повидимому, замедляли гибельный исходъ.

Противъ ангины, если она носитъ фолликулярный характеръ, достаточно полосканія изъ бертолетовой соли или борной кислоты (того или другого чайную ложку верхомъ на стаканъ воды), а при появленіи дифтеритическаго эксудата, кромѣ того, еще и паровыя пульверизаціи, всего лучше салициловымъ натромъ (2%) или бензойнокислымъ натромъ (4%), напр., Rp. Natri benzoici ʒ jj, Aq. destill. ℥ vj. DS. Для пульверизацій. Rp. Natri salicylici ʒ j, Aq. dest. ℥ vj. DS. Для пульверизацій. Вообще при лѣченіи скарлатинознаго дифтерита слѣдуетъ держаться тѣхъ же правилъ, что и при лѣченіи обыкновенной дифтеріи, а потому я могу сослаться на 1-й выпускъ моихъ лекцій объ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Здѣсь замѣчу только, что главная суть въ терапіи дифтерита горла, носа и ушей состоитъ въ соблюденіи возможной чистоты и въ удаленіи скопляющагося отдѣляемаго, посредствомъ спринцованія рта, носа и ушей безвредными дезинфецирующими растворами, напр., 3% растворомъ ac. boracici или natri benzoici. Что касается до внутренняго употребленія большихъ дозъ Ol. tereb., отъ которыхъ многіе видѣли очень хорошіе результаты при дифтеріи, то, сколько мнѣ извѣстно, противъ скарлатинознаго дифтерита средство это оказалось безполезнымъ.

При значительныхъ аденитахъ склонныхъ къ исходу въ нагноеніе (объемистая, плотная, неподвижная опухоль изъ спаявшихся железъ, напряженная, слегка покраснѣвшая кожа) и при флегмонѣ шейной клѣтчатки, нѣкоторые совѣтуютъ класть ледъ, пока еще нѣтъ флюктуаціи, но такъ какъ достигнуть разрѣшенія такимъ способомъ все равно не удается, то лучше ужъ съ самаго начала содѣйствовать скорѣйшему образованію абсцесса и съ этой цѣлью класть постоянныя припарки изъ льняного сѣмени и при первыхъ признакахъ флюктуаціи вскрывать нарывъ и дренажировать.

Тяжелыя нервныя явленія въ началѣ болѣзни требуютъ жаропонижающаго и возбуждающаго лѣченія (вино, валерьяна, мускусъ, углекислый аммоній и проч.) Напр. Rp. Tr. va-

lerian. aet. Tr. moschi āā ʒjj. DS. По 10-и капель черезъ часъ, или Rp. Moschi orient. gr. $^{1}/_{4}$—1, Ammon. carbon. gr. $^{1}/_{4}$—1 Sacch. gr. jjj Mf. pulv. Dt. dos. № 12. Черезъ 2 часа по порошку. При плохо выраженной сыпи — горчичныя завертыванія.

При *воспаленіи почекъ*, въ какой бы легкой степени оно ни появилось, безусловно необходимо уложить больного въ постель, такъ какъ по общему отзыву авторовъ, равномѣрная и умѣренная гиперемія кожи поддерживаемая постельнымъ содержаніемъ, значительно способствуетъ благопріятному теченію нефрита.

Вторымъ важнымъ факторомъ въ терапіи нефрита является діэта. Самой подходящей для нихъ пищей признается молоко и притомъ въ какомъ угодно количествѣ, лишь бы переносилъ желудокъ. Что касается до мяса, то одни (Bartels, Rosenstein) разрѣшаютъ нефритикамъ легкіе сорта его, а другіе (Senator, Thomas) запрещаютъ, такъ какъ мясная пища по нѣкоторымъ наблюденіямъ увеличиваетъ потерю бѣлка черезъ почки и усиливаетъ образованіе мочевины, т. е. располагаетъ больного къ уреміи. При настоящемъ состояніи нашихъ свѣдѣній, я предпочитаю воздержаться отъ назначенія мяса нефритикамъ и ограничиваюсь молокомъ и бѣлымъ хлѣбомъ. Вино въ свѣжемъ случаѣ абсолютно запрещается.

Нѣкоторые возстаютъ даже и противъ молока; Aufrecht, напр., рекомендуетъ для первыхъ 7—10 дней остраго нефрита исключительно безазотистую діэту въ видѣ слизистыхъ суповъ и крахмальныхъ веществъ. Къ концу 2-й недѣли онъ позволяетъ молоко, а еще позднѣе — супъ. Посредствомъ такой діэты Aufr. имѣетъ въ виду уменьшить образованіе азотистыхъ продуктовъ обмѣна и тѣмъ дать отдыхъ больному эпителію почекъ. По его наблюденіямъ, такой діэты вполнѣ достаточно для успѣшнаго лѣченія остраго нефрита даже безъ помощи какихъ бы то ни было потогонныхъ или мочегонныхъ и т. п. средствъ (Berl. Wochens. 1883, № 51).

Что касается до терапевтическихъ средствъ, то кажется всѣ согласны въ томъ, что при настоящемъ состояніи нашихъ свѣдѣній, мы не въ состояніи остановить развитіе остраго нефрита, какъ бы рано ни было начато лѣченіе. За общее или мѣстное кровопусканіе, хотя бы въ самомъ началѣ тяжелаго нефрита у крѣпкихъ дѣтей, высказывается мало

голосовъ и еще меньше за большіе дозы каломеля, рвотный камень и т. п., а о малыхъ дозахъ каломеля, которые почему-то въ большомъ ходу въ Москвѣ, никто изъ авторовъ даже и не упоминаетъ. Однимъ словомъ, вопросъ можетъ идти только о симптоматическомъ лѣченіи нефрита.

Какъ средство регулирующее кровообращеніе въ почкахъ и такимъ образомъ способствующее отдѣленію мочи и главнымъ образомъ какъ потогонное и *противоводяночное*, наибольшимъ довѣріемъ пользуются горячія ванны по методу Liebermeister'а, т. е. больного съ холоднымъ компрессомъ на головѣ сажаютъ въ 30° воду и постепеннымъ подливаніемъ горячей воды доводятъ температуру ванны до 32—33°, а послѣ ванны закутываютъ больного часа на 2 въ шерстяныя одѣяла. Разногласія касаются только противопоказаній. Aufrecht считаетъ горячія ванны вообще неумѣстными при остромъ нефритѣ, но такое мнѣніе слишкомъ исключительно, большинство же авторовъ абсолютнымъ противопоказаніемъ считаютъ лишь такіе симптомы, какъ отекъ легкаго, капиллярный бронхитъ, слабую дѣятельность сердца, ціанозъ.

Но спрашивается, можно ли сажать больного въ горячую воду, если ему угрожаетъ приступъ уремическихъ судорогъ? или если эклампсическіе припадки уже появились? Многіе считаютъ горячія ванны лучшимъ симптоматическимъ средствомъ не только противъ водянки, но и противъ уреміи и потому настоятельно совѣтуютъ прибѣгать къ нимъ при всякой уреміи, въ какой бы формѣ она ни проявилась (Wagner, Bartels, Rosenstein). Другіе наоборотъ, совѣтуютъ пріостановиться съ ваннами, если больному угрожаютъ уремическія судороги (Thomas). Я лично не считаю возможнымъ рѣшать этотъ вопросъ одинаково для всѣхъ случаевъ, но съ другой стороны не могу также указать и на тѣ признаки, руководствуясь которыми можно бы было прямо сказать, полезны ли будутъ ванны въ данномъ случаѣ или нѣтъ. Несомнѣнно только одно, что есть случаи уреміи, когда ванны дѣйствуютъ отлично, но есть и другіе, когда судороги упорно повторяются послѣ ваннъ или впервые являются послѣ нихъ. Рѣшить поставленный нами вопросъ можетъ только опытъ;

во всякомъ случаѣ надо попробовать и если послѣ первой ванны не будетъ замѣтнаго улучшенія, или если послѣдуетъ, даже ухудшеніе, то дальнѣйшее употребленіе ваннъ можно считать неумѣстнымъ.

Я припоминаю по этому поводу случай весьма тяжелой уреміи у 10 лѣтней дѣвочки Клеммъ, которую я лѣчилъ вмѣстѣ съ д-ромъ Гурвичемъ. Нефритъ умѣренной силы появился у нея на 3-й недѣлѣ легкой скарлатины и протекалъ безъ отековъ. Къ концу 2-й недѣли дѣло пошло, какъ казалось, къ выздоровленію: количество мочи съ каждымъ днемъ увеличивалось, а бѣлка становилось все меньше и меньше, какъ вдругъ больная стала жаловаться на головную боль и рвоту. Послѣ первой горячей ванны головная боль сдѣлалась сильнѣе и рвота чаще. Назначены ванны 2 раза въ день. На третій день — первый приступъ уремическихъ судорогъ, а второй повторился во время ванны. Несмотря на піявки за уши и вдыханія хлороформа, судороги сдѣлались почти постоянными, температура поднялась до 40,5; больная не выходила изъ сопорознаго состоянія и лежала въ постели съ закинутой назадъ головой; пульсъ былъ полонъ и замедленъ; въ виду того, что погруженіе больной въ воду каждый разъ вызывало усиленіе эклампсіи, ванны были отмѣнены, и больная завернута въ мокрыя простыни и шерстяныя одѣяла. Съ перваго же завертыванія судороги прекратились и съ тѣхъ поръ не повторялись болѣе.

Но рядомъ съ этимъ случаемъ, я припоминаю и другой, который я наблюдалъ какъ разъ въ то же самое время, какъ и дѣвочку Клеммъ, на консультаціи съ д-ромъ Верязевымъ. Это былъ 8-ми лѣтній мальчикъ Бѣлявскій. Здѣсь тоже при нефритѣ умѣренной силы и при ничтожной водянкѣ появились головная боль, рвота и апатія; также назначены ванны, но только съ совсѣмъ другимъ результатомъ, такъ какъ дѣло обошлось совсѣмъ безъ судорогъ.

Одно только я могу сказать съ увѣренностью, что *если лѣченіе ваннами продолжалось уже нѣсколько дней подъ рядъ и несмотря на то, появляются предвѣстники уреміи, то нечего ждать пользы отъ дальнѣйшаго употребленія ваннъ, а слѣдуетъ обратиться къ другимъ средствамъ.*

Не слѣдуетъ также продолжать ванны въ томъ случаѣ, если припадки уреміи сопровождаются быстрымъ исчезаніемъ отековъ, такъ какъ потогонное лѣченіе способствуетъ еще болѣе быстрому всасыванію трансудатовъ, а вмѣстѣ съ ними всасываются и различныя экстрактивныя вещества, входящія въ ихъ составъ, отчего уремія бываетъ иногда прямымъ слѣдствіемъ слишкомъ энергичнаго противоводяночнаго лѣченія.

Второй вопросъ состоитъ въ томъ, можно-ли дѣлать горя-

чія ванны при лихорадочномъ состояніи? Bohn считаетъ при лихорадочномъ состояніи и кровавой мочѣ противопоказанными всѣ мочегонныя и потогонныя средства; онъ совѣтуетъ назначать въ такихъ случаяхъ наперстянку и полуторохлористое желѣзо; противъ ваннъ высказывается и Thomas, тогда какъ другіе рекомендуютъ въ такихъ случаяхъ и ванны и легкія мочегонныя, въ родѣ kali acet., кремортартра и т. п. и рѣшительно высказываются противъ вяжущихъ вообще и противъ fer. sesquichl. въ частности. Я лично горячихъ ваннъ при лихорадочной формѣ нефрита не назначаю, такъ какъ во время ванны температура поднимается на 0,5 до 1,5°; если непременно желательно потогонное лѣченіе, то лучше годится здѣсь способъ Ziemssen'a, при которомъ больного завертываютъ въ мокрую простыню, смоченную не холодной, а *горячей* водой, и потомъ въ шерстяныя одѣяла. Этотъ способъ замѣняетъ горячія ванны также при слабой дѣятельности сердца и при одышкѣ (Wagner).

Противъ водянки употребляются также *мочегонныя*, показаніемъ для которыхъ служитъ *малое количество* мочи. Кромѣ горячихъ ваннъ, лучшимъ мочегоннымъ средствомъ считается обильное питье, напр., молоко въ чистомъ видѣ или съ щелочными минеральными водами, каковы зельтерская, эмсъ, виши, и др. Изъ лѣкарствъ при частомъ и маломъ пульсѣ—digitalis, а при нормальной дѣятельности сердца—щелочныя соли органическихъ кислотъ, въ особенности liq. kali aceticum (ʒβ—℥jjj), кремортартъ (Əj—℥jjj) и т. п.

Къ числу невинныхъ мочегонныхъ средствъ, весьма удобныхъ въ дѣтской практикѣ по своему вкусу, относятся также кофеинъ (Cofeini citrici gr $^1/_4$ до 1 гр. pro dosi раза 4 въ день) Pulv. blatae orientalis (по $^1/_2$—2 гр. на пріемъ), а изъ домашнихъ средствъ несомнѣннымъ мочегоннымъ дѣйствіемъ обладаетъ арбузъ. Я давалъ его нѣсколькимъ нефритикамъ въ теченіе многихъ дней подъ рядъ по 2—4 круглыхъ куска въ день безъ всякаго вреда, но, какъ казалось мнѣ, съ пользой, потому что количество мочи обыкновенно увеличивалось и она становилась блѣднѣе. Въ послѣднее время д-ръ Поповъ рекомендуетъ съ тою-же цѣлью ягоды морошки въ

видѣ отвара (Врачъ. 1886 г. № 4). Мочегонное дѣйствіе ягодъ зависитъ отъ кислоты, которую Поповъ на основаніи своихъ опытовъ относитъ къ настоящимъ мочегоннымъ, т. е. дѣйствующимъ исключительно на почечную ткань, не вліяя нисколько на сердце и сосудистую систему.

Если водянка полостей достигаетъ чрезмѣрной степени и угрожаетъ жизни больного, то прибѣгаютъ къ хирургической помощи; чаще всего приходится дѣлать проколъ грудной клѣтки при чрезмѣрномъ hydrotorax.

Противъ *уреміи* въ качествѣ профилактическихъ средствъ считается полезнымъ все то, что увеличиваетъ отдѣленіе мочи и способствуетъ выдѣленію изъ крови продуктовъ метаморфоза черезъ кожу, почки и кишки; слѣдовательно, всѣ вышеприведенныя потогонныя и мочегонныя средства, и кромѣ того, слабительныя, напр., Calomel по ½—1 гр. черезъ 1—2 часа до дѣйствія или inf. laxat. Wien. черезъ часъ по десер. или столовой ложкѣ. Чѣмъ меньше мочи, тѣмъ болѣе показаны слабительныя.

Спеціально противъ уремическихъ судорогъ рекомендуются мѣстное кровопусканія (пьявки за уши), холодъ на голову, вдыханія хлороформа, клистиры съ хлораль гидратомъ, подкожныя инъекціи пилокарпина. Послѣдній только при хорошей дѣятельности сердца, при полномъ (и замедленномъ) пульсѣ; противопоказаніемъ для него служатъ: слабый, частый пульсъ; сильный бронхитъ; одышка.

При той формѣ уреміи, которая протекаетъ безъ судорогъ, но выражается головной болью, рвотой, общей слабостью, одышкой и слабымъ, частымъ пульсомъ, показаны возбуждающія, особенно камфора въ видѣ подкожныхъ инъекцій.

Другія показанія для назначенія тѣхъ или иныхъ терапевтическихъ средствъ при остромъ нефритѣ вытекаютъ изъ свойствъ мочи. Если мочи мало и она содержитъ много бѣлка и крови, то Bohn настоятельно рекомендуетъ liq. ferri sesquichloratum по 2—3 капли на пріемъ 4—6 разъ въ день. По его наблюденіямъ, подъ вліяніемъ этого средства не только кровь исчезаетъ изъ мочи, но также и бѣлокъ, а количество мочи при этомъ увеличивается; полуторохлористое желѣзо, по его

словамъ, дѣйствуетъ настолько вѣрно, что онъ не находилъ нужнымъ пробовать какія-либо другія рекомендованныя средства. Однако другіе не были такъ счасливы съ этимъ препаратомъ какъ Bohn, а я лично нерѣдко встрѣчалъ препятствіе къ дальнѣйшему употребленію капель вслѣдствіе рвоты или болей живота; гораздо больше пользы я видѣлъ въ такихъ случаяхъ отъ слабительныхъ, изъ которыхъ всего чаще назначаю или каломель (по $1/_2$—1 гр. черезъ 2 часа до дѣйствія) или Вѣнское питье, по десер. или столовой ложкѣ черезъ 2 часа. Очень нерѣдко уже на слѣдующій день кровь изъ мочи исчезаетъ, количество бѣлка уменьшается, моча дѣлается свѣтлѣе и отдѣляется въ бо̀льшемъ количествѣ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ это улучшеніе оказывается лишь временнымъ, но иногда и прочнымъ. Многіе врачи предпочитаютъ давать въ такихъ случаяхъ каломель въ малыхъ дозахъ ($1/_{10}$—$1/_{12}$ gr. черезъ 2 часа) какъ эмпирическое antiphlogisticum, полезное при всевозможныхъ острыхъ воспаленіяхъ внутреннихъ органовъ. Возможно, что дѣйствіе его при воспаленіи почекъ сводится тоже къ послабленію.

Когда явленія нефрита исчезли, но осталась блѣдность покрововъ и слизистыхъ оболочекъ, да затянулась можетъ, быть, альбуминурія, то показано укрѣпляющее лѣченіе: питательная, мясная и молочная діэта, желѣзные препараты и вино.

Необходимо помнить, что нефритъ очень склоненъ къ рецидивамъ и потому въ періодѣ выздоровленія слѣдуетъ очень бояться простуды и въ первое время выходить на воздухъ, особенно осенью и зимой, не иначе, какъ въ шерстяной фуфайкѣ на голомъ тѣлѣ.

Обыкновенные случаи *скарлатинознаго синовита* исчезаютъ большею частью въ нѣсколько дней и не требуютъ назначенія салиц. натра, который здѣсь не оказываетъ такого быстраго дѣйствія на боль какъ при обыкновенномъ ревматизмѣ (Bokaj). Все лѣченіе состоитъ въ ватной повязкѣ и въ смазываніи больного сочлененія масломъ съ хлороформомъ (Rp. Ol. amygdal. ℥j chloroformi ʒjj DS). Воспаленіе другихъ серозныхъ оболочекъ при скарлатинѣ ведется по общимъ правиламъ.

Resumé. Если ребенокъ заболѣлъ нормальной скарлатиной, съ температурой не выше 40°, то кромѣ надлежащей гигіэно-діэтической обстановки никакихъ особыхъ мѣръ не требуется. Больного слѣдуетъ отдѣлить отъ другихъ дѣтей, дать ему просторную и, по возможности, пустую комнату, свободную отъ ковровъ и лишней мебели и въ которой можно-бы было держать температуру около 13—14° и очищать воздухъ (вентиляторы, каминъ, отворяніе форточекъ). Больного укладываютъ въ постель, но не слишкомъ тепло укутываютъ. Діэта жидкая: молоко и супъ, а для питья—свѣжая вода, лимонадъ, зельтерская вода. Все тѣло смазывается въ періодѣ лихорадки 2 раза въ день прованскимъ масломъ комнатной температуры, а если сыпь высыпаетъ медленно и неравномѣрно, то для смазываній берется масло почти горячее, но чтобы его свободно терпѣла рука. Для полосканья — растворъ борной кислоты (Rp. Ac. borac. crysl. ℥j DS. Чайную ложку вéрхомъ на стаканъ воды) или 2% растворъ kali chlorici. Дѣтямъ, неумѣющимъ полоскать—ac. boracicum внутрь. (Rp. Ac. borac. ℈j Aq. destill ℥jj Syr. sympl. ʒjj DS. по чайной—десер. ложкѣ черезъ 2 часа).

На голову холодный компрессъ. По окончаніи лихорадки всѣ лѣкарства отмѣняются; при появленіи аппетита даютъ больному мясо. Въ видахъ ускоренія періода шелушенія и предохраненія отъ нефрита, въ этомъ періодѣ начинаютъ дѣлать черезъ день или два тепловатыя ванны (27—28° R.) и послѣ ванны смазываютъ кожу масломъ. Въ виду того, что нефритъ появляется обыкновенно до 21-го дня, больной до *конца третьей недѣли не долженъ вставать съ постели* и до конца шелушенія выходить на воздухъ (лѣтомъ до 3-хъ недѣль).

Если скарлатинозная лихорадка съ самаго начала очень высока и сопровождается бредомъ и другими нервными явленіями, то показаны постепенно охлаждаемыя ванны (съ 28 до 24 и до 22° R.) въ теченіе 20—30 мин., смотря по надобности, 1—3 раза въ день. Если отъ ваннъ температура понижается недостаточно, то вмѣстѣ съ ними назначается хининъ или антипиринъ, оба по стольку гранъ, сколько больному лѣтъ, черезъ 3 часа по порошку до дѣйствія. Въ отчаянныхъ слу-

чаяхъ, когда сильная лихорадка не уступаетъ вышеприведеннымъ средствамъ, а между тѣмъ появляются тяжелыя нервныя явленія, въ видѣ коматознаго состоянія или сильнаго возбужденія и судорогъ при очень частомъ, но не слабомъ пульсѣ, безъ похолоданія конечностей и ціаноза—обливанія холодной водой (16—14° R.) въ пустой ваннѣ, и внутрь—возбуждающія, какъ напр. вино (по 1/2 чайной до десертной ложки портвейна черезъ часъ), мускусъ, углекислый аммоній, камфора и т. д. Напр., Rp. Moschi orient. Ammon. carbon. āā gr. 1/6—1 Sacch. gr. jj Mfpulv. № 12 S. Черезъ часъ по порошку или Rp. Camphor. tritae gr. 1/6—1/2 Acidi benzoici gr. 1/2—Sacch. gr. jjj Mf. pulv. Dt. Dos. № 12 in char. cerat.— S. Черезъ 2 часа по порош. или Rp. Inf. rad. valerian. ex. Эj ad. ℥jj lig. ammon. anis. gt. XX Sur. Simp. ʒjj MDS. Черезъ 1—2 часа по чайн. или десер. ложкѣ.

При упадкѣ дѣятельности сердца, выражающейся ціанотичной сыпью, похолоданіемъ конечностей и нитевиднымъ пульсомъ — ванны и обливанія противопоказаны, остаются возбуждающія внутрь или подъ кожу: Rp. Camphorae tritae gr. j Spir. vini Aq. destil āā ʒjjj. DS. 1/4 до полнаго Праватц шприца 2–3 раза въ день.

При сильномъ жарѣ и плохо развитой (очень неравномѣрной) сыпи—горчичныя завертыванія или раздражающія теплыя ванны (съ золой или горчицей).

При сильномъ воспаленіи зѣва или при появленіи дифтеритическаго эксудата — кромѣ очистительныхъ полосканій (у маленькихъ дѣтей спринцованій) рта, назначаются пульверизаціи паровымъ пульверизаторомъ растворовъ natri salicylici (2%) или natri benzoici (5%) или aq. calcis (1:2 чч. aq. destill.) нѣсколько разъ въ день; въ тяжелыхъ случаяхъ каждый часъ.—При пораженіи носа и ушей—спринцованія этихъ частей растворомъ борной кислоты (3%) а внутрь, если позволяетъ желудокъ, ferrum sesquichloratum (Rp. Liq. fer sesquichl. ʒjj Ds. По 2 капли черезъ 2—3 часа).

При воспаленіи лимфатич. железъ на шеѣ въ легкихъ случаяхъ—помазыванія тинктурой іода или ung iodatum, а при наклонности къ нагноенію—припарки изъ льняного сѣмени,

и при первыхъ признакахъ флюктуаціи вскрытіе нарыва и дренажъ.

При послѣдовательномъ нефритѣ: постельное содержаніе и молочная діэта. При лихорадочной формѣ нефрита, когда мочи мало и въ ней значительная примѣсь крови, слабительное (Calomel по 1 gr. черезъ 2 часа до дѣйствія или Inf. laxativ. Wien. по десер. или стол. ложкѣ) сухія банки на поясницу и согрѣвающій компрессъ на область почекъ; потомъ digitalis (Rp. Inf. hb. digitalis ex. gr. jjj—℥jjj Syr. simpl. ʒjjj DS. Чер. часъ по чайной—десер. ложкѣ). Всѣ мочегонныя въ этомъ періодѣ противопоказаны.

По прекращеніи лихорадки, если моча продолжаетъ выдѣляться въ незначительномъ количествѣ и съ кровью или если при такой мочѣ съ самого начала не было жара, то назначается liq. ferri sesquichlor. по 1—3 капли раза 4 въ день, или secale cornutum (Rp. Extr. secal. corn. aq gr. X Aq. destil. ℥jj Syr. simpl. ʒjjj MDS. По чайной—десер. ложкѣ 4 раза въ день.—Если крови въ мочѣ нѣтъ, но мочи мало, она богата бѣлкомъ и мутна, то показаны мочегонныя, но только нераздражающія; здѣсь умѣстны щелочныя минеральныя воды и щелочныя соли, напр., Kali aceticum, cremor. tartar. и т. д.

То же лѣченіе и при водянкѣ, а если она продолжаетъ увеличиваться, то кромѣ мочегонныхъ еще горячія ванны съ послѣдовательнымъ закутываніемъ въ шерстяныя одѣяла.

Bronchitis capil. отекъ легкаго и угрожающая эклампсія (появленіе уремическихъ симптомовъ, въ видѣ головной боли, рвоты и апатіи, не смотря на повторное употребленіе ваннъ) противопоказуютъ дальнѣйшее назначеніе горячихъ ваннъ.—При первыхъ признакахъ уреміи—слабительныя (Inf. laxat. calomel) и если еще не дѣлали ваннъ—то горячія ванны, въ противномъ случаѣ—завертыванія въ мокрыя простыни и одѣяла; холодъ на голову; при появленію уремическихъ судорогъ—вдыханія хлороформа, пьявки за уши (столько штукъ сколько ребенку лѣтъ) и клистиръ съ хлораль - гидратомъ (трехлѣтнему ребенку 10 gr. на клизму изъ Dt. sem. lini; 6—8 лѣтнему по ℈j.—При твердомъ пульсѣ и хорошей дѣя-

тельности сердца—подкожныя инъекціи пилокарпина ($^1/_{10}$ gr. на разъ, а если черезъ $^1/_4$ часа нѣтъ эффекта, то повторить пріемъ: Rp. Pilocarpini muriat, cryst. gr. j Aq. destill. ℥j DS. 6 кап. на инъекцію). При слишкомъ большой подкожной водянкѣ пилакарпинъ всасывается мало и потому часто остается безъ дѣйствія. Если уремія протекаетъ безъ судорогъ, и выражается, кромѣ головной боли и рвоты, очень слабымъ пульсомъ, сонливостью и одышкой, то возбуждающія внутрь и подъ кожу.

При лѣченіи нефрита не слѣдуетъ забывать блистательныхъ результатовъ полученныхъ Aufrecht'омъ при вполнѣ индифферентномъ лѣченіи, но при постельномъ содержаніи и строгой, безъазотистой діэтѣ. Въ этихъ двухъ условіяхъ, да еще въ устраненіи запоровъ, лежитъ центръ тяжести всей терапіи остраго нефрита.

При серозномъ синовитѣ—сухая теплота и масло съ хлороформомъ. Остальныя ослажненія—по общимъ правиламъ.

СКАРЛАТИНОЗНАЯ КРАСНУХА. — RUBEOLA SCARLATINOSA.

Существуетъ ли скарлатинозная краснуха какъ самостоятельная болѣзнь, или это есть легкая скарлатина,—еще не выяснено; въ современныхъ учебникахъ такой болѣзни не значится, а прежніе авторы описывали подъ именемъ rubeola scarlatinosa не всегда одно и то же, а потому я долженъ прежде всего выяснить, что собственно понимаю я подъ этимъ именемъ. Одни изъ прежнихъ писателей признавали, какъ болѣзни самостоятельныя, двѣ формы краснухи, изъ которыхъ одна, по сыпи похожая на корь, называлась коревой краснухой — rub. morbillosa, а другая—сходная съ скарлатиной —скарлатинозной краснухой—rub. scarlatinosa. Другіе, напр., Paasch (Journ. f. Kinderh. XXI, с. 75), подъ именемъ r. scarl. понимали просто случаи легкой, хотя по этіологіи и несомнѣнной, скарлатины; третьи наконецъ, какъ, напр., Niemeyer оставляютъ это названіе для сомнительныхъ случаевъ кори и скарлатины. „Подъ именемъ rub, scarl., говоритъ онъ, понимаютъ скарлатину, при которой характеръ сыпи напоминаетъ корь, между тѣмъ какъ сильная лихорадка, пораженіе зѣва и иногда послѣдовательная водянка, соотвѣтствуютъ скарлатинѣ. Названіемъ rub. morb. обозначаютъ извѣстную форму кори, при которой сыпь сливается и дѣлается похожей на скарлатинозную, между тѣмъ какъ заболѣваніе слизистой оболочки дыхательныхъ органовъ не

оставляетъ никакого сомнѣнія насчетъ коревой натуры болѣзни". (Handb. 8 auf. 1871. 1. 606).

Что касается меня, то я держусь мнѣнія тѣхъ изъ прежнихъ авторовъ, напр., Lebert'a (Handb. d. pract. Medic. 1851, гл. I, стр. 42), которые признавали двѣ формы краснухи за двѣ отдѣльныя болѣзни. Одна изъ нихъ всѣмъ извѣстная, похожая на корь и описанная въ слѣдующей главѣ, а также почти во всѣхъ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ—это rubeola morbillosa, другая менѣе извѣстная, никѣмъ не описываемая и похожая на скарлатину—rub. scarlatinosa.

Слѣдовательно, подъ именемъ скарлатинозной краснухи я понимаю самостоятельную, острую, инфекціонную и заразительную болѣзнь, которая характеризуется появленіемъ на кожѣ скарлатинообразной сыпи, но отличается отъ скарлатины постоянно легкимъ теченіемъ, а главнымъ образомъ—особенностями своего контагія.

Эта болѣзнь стоитъ къ скарлатинѣ въ совершенно такомъ же отношеніи какъ обыкновенная краснуха къ кори.

Симптомы ея тождественны съ припадками самой легкой скарлатины: та же, слегка зудящая, блѣднорозовая, сплошная, но неравномѣрная, а мелко точечная или мраморная сыпь, занимающая, главнымъ образомъ, туловище и боковыя части лица и щадящая носъ, губы и подбородокъ (въ противоположность кори и коревой краснухѣ, при которыхъ эти центральныя части лица всегда занимаются сыпью); то же легкое повышеніе температуры (38—38,5) и ничтожная краснота зѣва; въ самыхъ легкихъ случаяхъ не бываетъ ни жабы, какъ при scarlatina sine angina, ни лихорадки, а сыпь держится всего лишь нѣсколько часовъ; въ обыкновенныхъ случаяхъ болѣзнь продолжается 2—3 дня. У немногихъ больныхъ, у которыхъ я, какъ мнѣ казалось, имѣлъ право діагносцировать скарлатинозную краснуху, послѣдовательнаго шелушенія не было, но возможности его появленія, хотя бы на нѣкоторыхъ мѣстахъ, отрицать нельзя.

Спрашивается, однако, существуетъ ли такая болѣзнь въ дѣйствительности; не есть-ли она плодъ моей фантазіи? Если за рѣшеніемъ этого вопроса мы обратимся къ учебникамъ,

то должны будемъ заключить, что такой болѣзни нѣтъ, такъ какъ никто изъ авторовъ ее не только не описываетъ, но даже и не упоминаетъ. Только одинъ Thomas въ руководствѣ Ziemssenn'а посвящаетъ занимающему насъ вопросу нѣсколько строкъ. По его наблюденіямъ, сыпь краснухи имѣетъ сходство только съ сыпью кори и ни малѣйшаго съ нормальной сыпью скарлатины. Онъ нисколько не отвергаетъ возможности такого-же рода специфическаго пораженія съ скарлатинообразнымъ заболѣваніемъ кожи, хотя ему лично подобная форма ни разу еще не встрѣтилась (Руководство Ziems. T. II, стр. 113).

Я, съ своей стороны, думаю, что скарлатинозная краснуха, какъ самостоятельная форма, существуетъ. Мнѣніе это сложилось у меня подъ вліяніемъ наблюденій, описанныхъ мной въ № 48 Русской медицины, за 1885 годъ.

Наблюденія эти относятся къ небольшой эпидеміи, состоявшей какъ бы изъ случаевъ абортивной скарлатины, которая, однако, поражала также и дѣтей, уже прежде имѣвшихъ скарлатину и не предохранила отъ скарлатины въ будущемъ тѣхъ, кто еще не имѣлъ ея.—Вотъ на основаніи этихъ-то свойствъ контагія я и высказался за существованіе скарлатинозной краснухи какъ самостоятельной формы, хотя и сознаю, что небольшого числа моихъ наблюденій еще недостаточно для окончательнаго рѣшенія вопроса; можетъ быть, я имѣлъ дѣло съ разновидностью обыкновенной краснухи, при которой сыпь бываетъ довольно разнообразна какъ по величинѣ отдѣльныхъ пятенъ, такъ и по распредѣленію ихъ. Nymann, напр., упоминаетъ о мелко точечной сплошной краснотѣ при обыкновенной краснухѣ; но такъ какъ онъ эту сыпь подробно не описываетъ, то изъ его описанія я не могъ составить себѣ понятія, была-ли эта сыпь похожа на скарлатинозную или нѣтъ. Онъ говоритъ только, что на блѣднорозовой кожѣ просвѣчивали не ясно ограниченныя, нѣсколько ярче окрашенныя точки, не подымавшіяся надъ поверхностью кожи (Oest. Jahrb. f. Paed. 1873. s. 125). Сыпь занимала и лицо. Но дальше, на стр. 138 онъ прямо говоритъ, что въ его случаяхъ сыпь была вовсе непохожа на скарлатинозную.

Что касается до діагностики скарлатинозной краснухи отъ скарлатины, то она основывается, главнымъ образомъ, на характерѣ эпидеміи и на анамнезѣ (не имѣлъ-ли прежде кто-либо изъ заболѣвшихъ скарлатины), причемъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что иногда и настоящая скарлатина бываетъ 2 и даже 3 раза у одного и того же субъекта, такъ что одинъ случай ничего еще не доказываетъ; но если скарлатинозная краснуха или очень легкая скарлатина въ данную эпидемію поражаетъ одинаково какъ имѣвшихъ, такъ и не имѣвшихъ скарлатины, то это очень доказательно въ пользу краснухи. Изъ отдѣльныхъ симптомовъ въ пользу дѣйствительной скарлатины и противъ краснухи говоритъ на 1-й и 2-й день болѣзни—ясно выраженная жаба, лихорадочное состояніе до 39° и больше; на 3—4 дни—тѣ же симптомы и скарлатинозный языкъ, который встрѣчается даже въ случаяхъ скарлатины безъ сыпи; на 2—3-й недѣлѣ—послѣдовательное шелушеніе кожицы на ладоняхъ и пальцахъ.

Предсказаніе какъ и при коревой краснухѣ всегда хорошее. Можетъ-ли скарлатинозная краснуха вести къ какимъ нибудь осложненіямъ или послѣдовательнымъ болѣзнямъ, въ особенности къ нефриту—пока еще неизвѣстно.

Лѣченія эта безопасная болѣзнь не требуетъ, кромѣ развѣ комнатнаго содержанія во время лихорадочнаго состоянія и сыпи.

КОРЬ. — MORBILLI.

Подъ именемъ кори понимаютъ острую контагіозную болѣзнь, которая характеризуется появленіемъ на кожѣ красной, пятнисто-папулезной сыпи, лихорадкой и катаррами слизистыхъ оболочекъ носа, глазъ и дыхательныхъ вѣтвей.

Изъ всѣхъ инфекціонныхъ болѣзней, за исключеніемъ гриппа, корь составляетъ самую частую дѣтскую болѣзнь, такъ что въ публикѣ составилось даже твердое убѣжденіе въ неизбѣжности для каждаго, когда нибудь въ своей жизни перенести корь; а потому, въ случаѣ появленія въ семьѣ кори, здоровыхъ дѣтей не только не отдѣляютъ отъ заболѣвшихъ, но напротивъ того, даже стараются перезаразить всѣхъ, чтобъ скорѣе и за одно отдѣлаться отъ этой повинности, причемъ имѣется въ виду еще и то обстоятельство, будто дѣти переносятъ корь легче взрослыхъ. Посмотримъ, на сколько основателенъ такой образъ дѣйствій. Что касается до неизбѣжности кори, то это отчасти справедливо, но только отчасти, такъ какъ она неизбѣжна по стольку, по скольку трудно избѣгнуть случая заразиться. Корь такъ часто передается въ школахъ, что въ большомъ городѣ, конечно, почти каждый человѣкъ найдетъ случай заразиться и, слѣдовательно, захворать, но неизбѣжность кори не лежитъ въ природѣ человѣка и она вовсе не обязательна, въ томъ смыслѣ, какъ обязательно, напр., выпаденіе молочныхъ зубовъ у дѣтей или посѣдѣніе волосъ въ старости и потому, въ мѣстностяхъ, сво-

бодныхъ отъ заразы, корью заболѣть нельзя и тамъ, слѣдовательно, она не есть болѣзнь обязательная.

Что рѣдкій человѣкъ избѣгаетъ кори, объясняется, во 1-хъ тѣмъ, что воспріимчивость къ ней чрезвычайно распространена, во 2-хъ тѣмъ, что воспріимчивость у субъектовъ, неимѣвшихъ кори, сохраняется до глубокой старости, такъ что извѣстны случаи заболѣванія даже 80-лѣтнихъ стариковъ и, въ 3-хъ, тѣмъ, что корь начинаетъ заражать съ самаго начала періода предвѣстниковъ, когда болѣзнь еще не можетъ быть узнана и когда больной продолжаетъ еще выходить изъ дому и посѣщаетъ учебное заведеніе, гдѣ и распространяетъ заразу.

Что касается до вліянія возраста на воспріимчивость къ кори, то она всего меньше у дѣтей до 6-и мѣсяцевъ, а послѣ года быстро ростетъ и достигаетъ почти 100%. Такъ, напр. по наблюденіямъ Pfeilsticker'a (Zur. Pathol. d. Masern. 1863. Tübingen), въ деревнѣ Hagelloch, во время коревой эпидеміи въ 1861 году, всѣхъ дѣтей въ возрастѣ до 14 лѣтъ было 197 и изъ нихъ заболѣли корью 185 (93%), не заразились—12 и въ томъ числѣ 8 дѣтей въ возрастѣ отъ 9 недѣль до $^1/_2$ года. По Madsen'y въ 1875 году, во время второй эпидеміи кори на Фарерскихъ островахъ (первая, описанная Panun'омъ была въ 46-мъ году) изъ 1634 жителей, не имѣвшихъ кори, было 954 человѣка, изъ нихъ заболѣли въ 75 году—882, не заразились—72 (4,5%).

Менѣе основательна вторая посылка, будто въ дѣтскомъ возрастѣ корь не такъ опасна какъ для взрослыхъ. Несомнѣнно, что корь тѣмъ опаснѣе, чѣмъ моложе ребенокъ и особенно опасна для дѣтей до 2-хъ лѣтъ, но даже и у болѣе старшихъ дѣтей смертность отъ кори всетаки больше, чѣмъ у взрослыхъ. Сравнительно большая опасность кори для маленькихъ дѣтей объясняется тѣмъ, что коревые больные умираютъ обыкновенно отъ осложненій, изъ которыхъ главную роль играютъ катарры кишекъ и катарральная пнеймонія т. е. именно тѣ болѣзни, къ которымъ маленькія дѣти особенно расположены; (до 4—5 лѣтъ къ легочнымъ процессамъ, а на 1-мъ году жизни, кромѣ того еще и къ поносамъ).

Во время эпидеміи въ Abbeville, по наблюденіямъ Hecquet, умерло дѣтей отъ 8 до 15 лѣтъ изъ 10—одинъ; отъ 4 до 8 л. изъ 3—одинъ; отъ $1^1/_2$ года до 4-хъ лѣтъ изъ 7—четверо; отъ 15 до 28 лѣтъ не было ни одного смертнаго случая. Относительно смертности отъ кори взрослыхъ, данныя нѣсколько противорѣчивы; такъ въ Копенгагенѣ, въ промежутокъ времени отъ 1867 по 79-й годъ заболѣло корью 1330 взрослыхъ и изъ нихъ умерло только 6=0,45%, тогда какъ у дѣтей отъ 0—1 года смертность за то же время=14,2% отъ 1—5 л.=4,2%; отъ 5—15 л.=0,6%. Съ другой стороны, Vèzien сообщаетъ что изъ 46 заболѣвшихъ солдатъ многіе перенесли тяжелыя осложненія и трое умерли (6,5%); въ итальянской арміи въ 1877 году было 1789 случаевъ кори изъ которыхъ умерло 112.

Въ виду сказаннаго мы приходимъ къ тому заключенію, что хотя корь въ большихъ городахъ и можетъ считаться за болѣзнь почти неизбѣжную, но тѣмъ не менѣе въ нѣкоторыхъ случаяхъ отдѣлять здоровыхъ дѣтей всетаки нужно, именно всѣхъ дѣтей до 4—5 лѣтъ и въ особенности рахитиковъ и золотушныхъ, часто страдавшихъ бронхитами, у которыхъ можно предполагать пораженіе бронхіальныхъ железъ. Корь служитъ оселкомъ ихъ прочности и если железы ужъ поражены, то корь, осложнившись воспаленіемъ легкихъ, можетъ служить сильнымъ толчкомъ для развитія туберкулеза. Правда, въ виду ранней заразительности кори, изоляція рѣдко ведетъ къ цѣли, но это ужъ не по винѣ врача.

У здоровыхъ дѣтей въ возрастѣ послѣ 5 лѣтъ, корь отличается весьма правильнымъ теченіемъ и въ противоположность скарлатинѣ не наклонна къ осложненіямъ и потому не опасна, а слѣдовательно и изоляція въ такихъ случаяхъ ъ н нужна.

Корь всего сильнѣе заражаетъ въ періодѣ предвѣстниковъ, меньше ужъ во время цвѣтенія сыпи и почти вовсе не заражаетъ въ періодѣ шелушенія.

Этотъ выводъ сдѣланъ на основаніи наблюденій семейныхъ эпидемій кори. Если въ семьѣ, состоящей изъ нѣсколькихъ человѣкъ дѣтей, у одного изъ нихъ появится корь, то можно разсчитывать, что слѣдующія заболѣютъ черезъ 11 дней; изъ оставшихся здоровыми, если кто заразится, то ужъ не отъ перваго больнаго, а отъ втораго и слѣдовательно заболѣетъ опять черезъ 11 дней; если-бъ заразительность въ періодѣ цвѣтенія кори и во время шелушенія была бы такъ же сильна

какъ въ самомъ началѣ, то слѣдующіе случаи заболѣванія отдѣлялись-бы другъ отъ друга не 11-ю днями, а слѣдовали бы другъ за другомъ черезъ меньшіе промежутки времени, что встрѣчается однако рѣдко.

Чешуйки эпидермиса при кори обладаютъ ничтожной заразительностью, что видно изъ отрицательныхъ опытовъ съ прививками ихъ Mayer'омъ; но что до нѣкоторой степени они всетаки заразительны, это доказали успѣшныя прививки Monro и Look'а. Напротивъ того, прививки слизи, взятой отъ больного въ періодѣ предвѣстниковъ, удаются легко и если не практикуются въ качествѣ предохранительнаго средства, то только потому, что привитая корь протекаетъ нисколько не легче, чѣмъ обыкновенная. (Mayer).

Ядъ кори, сравнительно съ скарлатинознымъ, отличается меньшею стойкостью, но большей летучестью. Въ силу меньшей стойкости кореваго яда, комната, гдѣ лежалъ больной, легче дезинфецируется и корь гораздо труднѣе, чѣмъ скарлатина, переносится третьимъ лицомъ, остающимся здоровымъ или вещами, хотя подобные случаи всетаки встрѣчаются. (См., напр., случаи Joël'я. Врачъ. 1886 г., с. 450).

Нѣкоторые авторы оспариваютъ возможность передачи кори черезъ 3-е лицо, но, по моему мнѣнію, не основательно, напр., въ виду такихъ фактовъ, какъ заболѣваніе корью дѣтей, нѣсколько недѣль не выходившихъ изъ комнаты, по случаю какой нибудь другой болѣзни. Въ 1885 году, напр., я имѣлъ на рукахъ 8-лѣтняго мальчика, заболѣвшаго скарлатиной; на 3-й недѣлѣ болѣзни, не вставая съ постели, онъ получилъ нефритъ, а еще черезъ 2 недѣли, не выздоровѣвъ отъ воспаленія почекъ, онъ получилъ корь. Такъ какъ въ томъ домѣ, гдѣ жилъ больной, кори не было, то остается предположить, что зараза была кѣмъ нибудь занесена изъ навѣщавшихъ больного.

Большая летучесть кореваго яда выражается въ томъ, что онъ распространяется обыкновенно по всѣмъ этажамъ дома, и потому въ большомъ домѣ корь, разъ появившись, рѣдко ограничивается одной квартирой. Въ виду чрезвычайно распространенной воспріимчивости къ кори, и сильной зарази-

тельности ея, эпидеміи кори распространяются быстро, скоро достигаютъ своего maximum'а, но за то недолго продолжаются, за недостаткомъ воспріимчивой почвы, такъ какъ субъектъ, разъ имѣвшій корь, получаетъ иммунность на всю жизнь; случаи двукратнаго и даже трехкратнаго заболѣванія корью хотя и встрѣчаются, но только какъ исключенія.

Чѣмъ рѣже въ какой либо мѣстности появляется корь, тѣмъ она бываетъ сильнѣе и тѣмъ больше, конечно, процентъ заболѣвшихъ, такъ какъ скопляется больше дѣтей не имѣвшихъ кори и, слѣдовательно, не пріобрѣтшихъ невоспріимчивости. Въ разгарѣ эпидеміи смертность бываетъ обыкновенно больше, чѣмъ въ началѣ или въ концѣ эпидеміи, что объясняется вліяніемъ болѣе сконцентрированнаго яда.

Полъ не оказываетъ замѣтнаго вліянія на воспріимчивость къ кори, а что касается до возраста, то хотя корь и принадлежитъ къ числу почти исключительно дѣтскихъ болѣзней, но только потому, что иммуность взрослыхъ пріобрѣтена ими въ дѣтствѣ, вслѣдствіе уже перенесенной кори; но въ мѣстностяхъ, въ которыхъ эпидемій кори не было въ теченіе десятковъ лѣтъ, взрослые заболѣваютъ не менѣе дѣтей.

Меньшая воспріимчивость къ кори замѣчается только у грудныхъ дѣтей и въ особенности въ первую половину года; хотя невоспріимчивость эта не абсолютная, такъ какъ въ литературѣ описано не мало случаевъ кори въ первые мѣсяцы и даже въ первые дни или недѣли жизни. Thomas (въ руков. Ziemssen'а) цитируетъ нѣсколько случаевъ врожденной кори у дѣтей, родившихся отъ матерей, имѣвшихъ корь въ послѣдніе дни беременности, а изъ своей практики приводитъ случай доказывающій, что корь у матери на 5-мъ мѣсяцѣ беременности не уничтожила воспріимчивости къ кори у ребенка, который перенесъ ее потомъ на 9-мъ году жизни.

Патолого-анатомическія измѣненія.

Корь не оставляетъ на трупѣ никакихъ измѣненій, которыя были бы для нея патогномоничны. Смертельный исходъ при кори никогда не обусловливается злокачественностью яда,

какъ это случается иногда при скарлатинѣ, а если коревые больные и умираютъ, то всегда отъ осложненій, изъ которыхъ всего чаще встрѣчаются при вскрытіи капиллярный бронхитъ, бронхопнеймонія, и острый катарръ кишекъ.

Сыпь при кори обусловливается главнымъ образомъ гипереміей и серозной инфильтраціей ограниченныхъ мѣстъ кожи, но на трупѣ ни отъ того, ни отъ другаго не остается обыкновенно никакихъ слѣдовъ, если сыпь не имѣла петехіальнаго характера.

Симптомы и теченіе.

Къ числу кардинальныхъ симптомовъ кори принадлежатъ сыпь, лихорадка и катарръ дыхательныхъ путей и глазъ.

Коревая сыпь рѣзко отличается отъ мелкоточечной и разлитой скарлатинозной сыпи своимъ разбросанно пятнистымъ характеромъ. Отдѣльное коревое пятно представляется величиной отъ чечевицы до серебряннаго пятачка, ярко краснаго цвѣта, съ неровными, какъ бы изгрызенными или лучистыми краями; посредствомъ осязанія не трудно убѣдиться, что пятно это нѣсколько возвышается надъ уровнемъ нормальной сосѣдней кожи; въ центрѣ пятна во многихъ случаяхъ легко замѣтить какъ глазомъ, такъ и осязаніемъ, присутствіе, величиной въ булавочную головку, папулы, такого-же краснаго цвѣта, какъ и само пятно, такъ что можно сказать, что коревое пятно состоитъ изъ двухъ частей—изъ центральной папулы и окружающаго его неправильно очерченнаго, краснаго фона

Въ однихъ случаяхъ папула выражена очень рѣзко, въ другихъ напротивъ очень слабо, такъ что можно отличать гладко пятнистую и папулезную корь, для рѣзко выраженныхъ случаевъ которой, французы дали названіе rougeole boutonneux. Обѣ эти разновидности коревой сыпи нерѣдко встрѣчаются у одного и того же больного, именно на лицѣ и конечностяхъ преобладаетъ въ такихъ случаяхъ папулезная сыпь, а на туловищѣ—пятнистая.

Въ практическомъ отношеніи важно отмѣтить, что въ началѣ

высыпанія коревая сыпь можетъ имѣть чисто папулезный характеръ, т. е. на кожѣ лица появляются блѣдно-розовыя папулы, совсѣмъ не окруженныя краснымъ фономъ, вслѣдствіе чего коревая сыпь получаетъ поразительное сходство съ начальной папулезной сыпью при оспѣ. Если фонъ вокругъ папулъ не образуется и на второй день, а между тѣмъ начинаютъ появляться такія-же папулы и на туловищѣ, то ошибка въ діагностикѣ въ пользу оспы дѣлается весьма возможной, а если къ тому же и катарральныя симптомы запаздываютъ своимъ появленіемъ, то въ ошибку можетъ впасть даже и самый опытный врачъ, хотя бы лишь на нѣсколько часовъ. Для такихъ именно не совсѣмъ правильныхъ случаевъ, вполнѣ примѣнимы слова Hebr'ы, что всего легче смѣшать корь съ оспой и что очень извинительно, если врачъ на 3–4-й день болѣзни не рѣшается опредѣленно діагносцировать корь. Для такихъ случаевъ Hebra не можетъ указать никакихъ характерныхъ признаковъ и совѣтуетъ просто выждать, не разовьются ли дня черезъ два изъ этихъ папулъ оспенные пузырьки. (Hebra—Handb. T. I. s. 137). Cadet de Gassicourt во 2-мъ томѣ своихъ tratè clinique des maladies de l'enfance (c. 357), упоминаетъ про случай кори, который онъ не назвалъ оспой только благодаря своей „чрезмѣрной" осторожности, ради которой онъ воздержался отъ окончательной діагностики до слѣдующаго дня. На эту трудность діагностики кори отъ оспы я указываю съ особымъ удареніемъ, во 1-хъ потому, что не разъ имѣлъ случай встрѣчаться съ ней у постели больного и во 2-хъ потому, что въ руководствахъ на это обстоятельство обращено мало вниманія, такъ что даже Thomas, такъ подробно и прекрасно описавшій корь въ руководствѣ Ziemssen'a, объ этомъ именно не говоритъ ни слова. Къ этому вопросу я вернусь еще, когда буду говорить о діагностикѣ кори.

Коревая сыпь является прежде всего на лицѣ, причемъ особенно характеристично для нея именно то, что первые слѣды сыпи занимаютъ *центръ лица*, т. е. носъ, губы, подбородокъ и части щекъ по сосѣдству съ носомъ.

Корь высыпаетъ не пятнами, а мелкими, величиной съ го-

ловку булавки или просяное зерно, красноватыми папулами, которыя сидятъ сначала довольно разсѣянно и только на указанныхъ мѣстахъ; черезъ нѣсколько часовъ число папулъ замѣтно увеличивается, онѣ занимаютъ лобъ и остальныя части лица, и въ то же время около прежнихъ папулъ начинаетъ появляться красный фонъ и, такимъ образомъ, коревая папула превращается въ коревое пятнушко. Если папулы сидѣли близко другъ отъ друга, то фоны ихъ сливаются, черезъ что образуются большія, неправильной формы, красныя пятна, по волнообразнымъ контурамъ которыхъ можно еще судить, что онѣ произошли изъ слившихся пятнушекъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сыпь высыпаетъ еще гуще и дѣлается сливной, т. е. все лицо представляется сплошного краснаго цвѣта и слегка одутловатымъ.

Такой-же порядокъ развитія сыпи замѣчается и на туловищѣ и на конечностяхъ. Въ свѣжихъ случаяхъ и здѣсь рядомъ съ отдѣльными пятнушками встрѣчаются и папулы безъ фона и болѣе или менѣе крупныя пятна, происшедшія изъ слитія маленькихъ. Часто, именно на спинѣ, можно найти большое количество крупныхъ пятенъ, тогда какъ на груди встрѣчаются еще только папулы и мелкія пятнушки.

Коревая сыпь высыпаетъ не сразу на всемъ тѣлѣ, а распространяется сверху внизъ въ теченіе трехъ дней, такъ что по степени распространенія сыпи можно дѣлать довольно вѣроятное заключеніе о днѣ болѣзни. Обыкновенно бываетъ такъ: на первый день высыпанія, съ утра, замѣчается на лицѣ немного сыпи, которая къ вечеру значительно увеличивается и распространяется отчасти на верхнюю часть спины и груди; на 2-й день утромъ сыпь на лицѣ достигаетъ maximum'а и дѣлается почти сливной; на туловищѣ сыпи довольно много въ видѣ папулъ и пятенъ; начало высыпанія на внутренной поверхности бедеръ и плечъ; на 3-е утро сыпь занимаетъ и конечности вплоть до пальцевъ, а на лицѣ начинаетъ блѣднѣть.

То обстоятельство, что кисти рукъ поражаются при кори поздно, можетъ имѣть при случаѣ весьма важное діагностическое значеніе для отличія нѣкоторыхъ случаевъ начинаю-

щейся кори отъ оспы, при которой сыпь хотя тоже начинается съ лица и идетъ потомъ книзу, но съ тою разницей отъ кори, что оспа оказываетъ кистямъ особое предпочтеніе, такъ что папулы на тыльной поверхности первыхъ фалангъ и пястья появляются почти въ то же время, какъ и на лицѣ, т. е. когда на туловищѣ и конечностяхъ еще вовсе нѣтъ сыпи.

Въ самомъ началѣ высыпанія кори, когда сыпь состоитъ только изъ папулы, эти послѣднія не настолько характерны, чтобъ по нимъ однимъ можно бы было признать корь, но, несмотря на то, діагностика кори въ это время въ громадномъ большинствѣ случаевъ не только возможна, но даже и не трудна. Она основывается, во-1-хъ, на локализаціи папулъ (центръ лица), и во-2-хъ, на существованіи въ это время сыпи на мягкомъ небѣ.

Въ руководствахъ обыкновенно описывается, что сначала является разлитая краснота слизистой оболочки зѣва, т. е. миндалинъ, мягкаго неба и задней стѣнки глотки, а потомъ, примѣрно черезъ сутки, на этомъ красномъ фонѣ появляются болѣе красныя мѣста въ видѣ пятенъ.

Чаще однако бываетъ такъ, что красныя пятнушки, величиной отъ булавочной головки до чечевицы, въ болѣе или менѣе ограниченномъ числѣ, появляются на мягкомъ и отчасти на твердомъ небѣ среди нормальной, т. е. непокраснѣвшей слизистой оболочки, инъекція которой является обыкновенно позднѣе, напр., черезъ сутки, а еще черезъ день краснота дѣлается настолько сплошной, что отдѣльныя пятнушки стушевываются: въ это время ихъ легче замѣтить на другихъ частяхъ рта, въ особенности на слизистой оболочки губъ и щекъ.

Важное діагностическое значеніе этой сыпи мягкаго неба состоитъ въ томъ, что она является на 24—36 и даже 48 часовъ раньше сыпи на кожѣ и, такимъ образомъ, дѣлаетъ возможнымъ распознаваніе кори еще въ періодѣ предвѣстниковъ, почему эта сыпь и носитъ названіе *продромальной сыпи.*

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сыпь на мягкомъ небѣ запаздываетъ своимъ появленіемъ и высыпаетъ одновременно съ

сыпью на лицѣ или даже еще позднѣе, а потому *отсутствіе продромальной сыпи не можетъ служить доказательствомъ того, что у больного начинается не корь.*—Нерѣдко, напр., она отсутствуетъ у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до двухъ.

Подобную-же пятнистую красноту удается иногда замѣтить на конъюнктивѣ вѣкъ и посредствомъ ларингоскопа —въ гортани (Gerhardt). По наблюденіямъ Monti, хроническіе катарры зѣва или вѣкъ мѣшаютъ развитію сыпи; вмѣсто пятенъ въ такихъ случаяхъ появляется просто разлитая краснота.

Коревая сыпь на кожѣ держится недолго; она блѣднѣетъ въ томъ-же порядкѣ, какъ появлялась: сначала на лицѣ (3-й день), потомъ на туловищѣ (4-й день), и, наконецъ, на конечностяхъ. Послѣ исчезанія сыпи на мѣстѣ бывшей гипереміи остается пигментація, и красныя пятна превращаются въ блѣдно-желтоватыя, не исчезающія отъ давленія пальца; дней черезъ 6—8 пропадаютъ и эти слѣды.

Чѣмъ сильнѣе была сыпь, тѣмъ раньше наступаетъ шелушеніе кожицы, которое всего замѣтнѣе бываетъ на лицѣ; на туловищѣ она нерѣдко совсѣмъ отсутствуетъ, особенно если больного во время сыпи смазывали масломъ. Коревое шелушеніе отличается отъ скарлатинознаго тѣмъ, что эпидермисъ никогда не сходитъ большими пластами, а всегда въ видѣ мелкихъ кусочковъ (отрубевидное шелушеніе).

Шелушеніе послѣ кори продолжается недолго, дней 5—7, и нерѣдко сопровождается легкимъ зудомъ.

Аномаліи коревой сыпи не имѣютъ особаго значенія, за исключеніемъ только крупно-папулезной разновидности (rougeole boutauneuse s. morbilli papulosi), о которой было говорено выше.—Какъ противоположную разновидность отличаютъ гладкую коревую сыпь—morbilli laeves, когда папулы развиты очень слабо, что бываетъ въ большинствѣ нормальныхъ случаевъ.

Изрѣдка встрѣчаются случаи кори, протекающіе съ образованіемъ на кожѣ миліарныхъ пузырьковъ съ жидкимъ содержимымъ—morb. vesiculosi s. miliaris.

Если папулы высыпаютъ такъ густо, что фоны ихъ сливаются другъ съ другомъ, не оставляя нормальной кожи, то

такая корь называется сливной—morb. confluentes. Чрезвычайно рѣдко встрѣчается корь сливная на всемъ тѣлѣ; я лично видѣлъ только одинъ такой случай, когда корь высыпала у мальчика, только что отдѣлавшагося отъ скарлатины, вслѣдствіе чего почва для коревой сыпи была хорошо подготовлена; въ большинствѣ-же случаевъ такъ называемой сливной кори, сплошная краснота замѣчается лишь на нѣкоторыхъ мѣстахъ; всего чаще именно на лицѣ, потомъ на спинѣ и конечночностяхъ, очень рѣдко на груди и животѣ.—Діагностика подобной кори не трудна, такъ, какъ одновременно съ сливной краснотой нѣкоторыхъ мѣстъ, на другихъ частяхъ встрѣчается обыкновенная пятнистая сыпь.

Корь, сливная на всемъ тѣлѣ, встрѣчается такъ рѣдко, что Hebra, напр., даже сомнѣвается въ существованіи подобныхъ случаевъ (l. c., стр. 127).

Если большинство коревыхъ пятенъ принимаютъ вслѣдствіе кровоизліянія сине-багровый цвѣтъ и не исчезаютъ отъ давленія пальцемъ, то корь получаетъ названіе геморрагической—morb. haemorrhagici, которая можетъ быть вполнѣ доброкачественной и во всѣхъ другихъ отношеніяхъ нормальной или, напротивъ, злокачественной, отличающейся тяжелымъ общимъ состояніемъ и кровотеченіями изъ слизистыхъ оболочекъ, а также кровоподтеками въ кожѣ, въ мѣстахъ свободныхъ отъ сыпи.

Отклоненія могутъ состоять также въ порядкѣ высыпанія, такъ, напр., сыпь, минуя лицо, появляется прежде всего на туловищѣ, и притомъ на очень ограниченномъ мѣстѣ, напр., на пятнахъ хронической сквамозной экцемы и даже за нѣсколько дней до общаго высыпанія, т. е. съ первыхъ-же дней періода предвѣстниковъ или на такихъ мѣстахъ, которыя раздражались горчичниками, мазями и т. п. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ коревая сыпь густо высыпала на нижней половинѣ туловища и на ногахъ и почему то не пошла кверху; въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, свободными отъ сыпи остаются ноги, что бываетъ, напр., по наблюденіямъ Гебры, при параличѣ нижнихъ конечностей отъ костоѣды позвоночника.

Нерѣдко случается, что первые слѣды сыпи на лицѣ появляются сутокъ за двое до общаго высыпанія и даже еще раньше и, до поры до времени, сыпь какъ бы застываетъ въ этомъ положеніи, а потомъ вдругъ высыпаетъ сразу на всемъ тѣлѣ.

Катарры слизистыхъ оболочекъ носа, глазъ, гортани и бронховъ являются при кори раньше сыпи; прежде всего (съ перваго-же дня предвѣстниковъ, а иногда и раньше) появляется насморкъ и небольшой кашель, а позднѣе, черезъ 24—48 часовъ, поражаются и глаза. Сначала, какъ при фарингитѣ, кашель бываетъ короткій и сухой, но позднѣе онъ въ большинствѣ случаевъ дѣлается хриплымъ и лающимъ, какъ при ложномъ крупѣ.

При сильной кори, въ особенности у маленькихъ дѣтей, коревой катарръ гортани выражается не только хриплымъ и лающимъ кашлемъ, но еще и приступами стеноза гортани въ видѣ болѣе или менѣе затрудненнаго дыханія. Эти приступы являются большею частью по ночамъ и продолжаются отъ нѣсколькихъ минутъ до цѣлыхъ часовъ. Приступы удушья могутъ повторяться 2—3 ночи подъ рядъ, но чаще они появляются только въ первую ночь и потомъ не повторяются.

Физикальное изслѣдованіе груди въ періодѣ предвѣстниковъ и высыпанія даетъ отрицательные результаты; дыханіе остается везикулярнымъ, хриповъ нѣтъ. Въ періодѣ блѣднѣнія сыпи, когда катарръ бронховъ начинаетъ разрѣшаться, появляются какъ спереди, такъ и сзади влажные хрипы въ незначительномъ количествѣ. Если сухіе и влажные хрипы являются рано или сконцентрировываются въ большомъ количествѣ въ заднихъ, нижнихъ частяхъ грудной клѣтки, то это указываетъ на осложненіе кори болѣе сильнымъ бронхитомъ. У маленькихъ дѣтей такого рода бронхитъ нерѣдко переходитъ въ пнеймонію.

Сухой и частый кашель, насморкъ и свѣтобоязнь продолжаются обыкновенно съ недѣлю, т. е. до періода наибольшаго развитія сыпи, а когда послѣдняя начинаетъ блѣднѣть, то катарры разрѣшаются, кашель дѣлается влажнымъ и рѣдкимъ, но совсѣмъ прекращается не ранѣе, какъ черезъ 1—2 недѣли послѣ исчезанія сыпи.

Лихорадка при кори не отличается постоянствомъ типа и кривая температуры въ отдѣльныхъ случаяхъ бываетъ довольно разнообразна. Наиболѣе характерна для кори лихорадка съ двумя maximum'ами и съ быстрымъ окончаніемъ послѣ короткаго фастигіума. Первый maximum (около 39,5) достигается температурой на первый день предвѣстниковъ, второй maximum приходится на первый (рѣже на второй) день высыпанія; эти два maximum'а отдѣляются другъ отъ друга двухъ или трехъ дневнымъ періодомъ сравнительно низкихъ температуръ; утромъ на 2-й день предвѣстниковъ (т. е. послѣ 1-го maximum'а) температура нерѣдко падаетъ даже до нормы и можетъ оставаться таковой сутки и даже двое сутокъ и потомъ начинаетъ подыматься, сначала медленно, а при началѣ высыпанія быстро, такъ что черезъ 24 часа достигаетъ второго maximum'а, который почти безъ исключенія всегда на нѣсколько десятыхъ выше перваго (около 4⁰/₀). Вообще говоря, чѣмъ слабѣе корь, тѣмъ ниже бываетъ абсолютная высота температуры во время maximum'овъ и тѣмъ ближе къ нормѣ спускается она на второй день предвѣстниковъ.

Въ случаяхъ кори средней силы, Pfeilsticker составилъ слѣдующую схему хода температуры, выведенную имъ какъ среднюю изъ нѣсколькихъ десятковъ случаевъ кори.

1-й день предвѣстниковъ.	39,9
2-й » »	38,1
3-й » »	39,2
4 й » »	39,5
1-й день высыпанія	40,1
2-й » »	39,8
3-й » »	39,5
4-й » »	38.4

Въ тяжелыхъ случаяхъ кори температура, поднявшись на первой день предвѣстниковъ приблизительно до 40 градусовъ, на второй день не понижается, а остается на той же высотѣ вплоть до высыпанія, когда подымается еще выше (до 41⁰—41,5).

Сравнительно нерѣдко встрѣчаются, наконецъ, и такіе случаи кори, въ которыхъ температура поднимается съ перваго

дня предвѣстниковъ очень мало и потомъ прогрессивно, но постепенно достигаетъ maximum'а во время высыпанія.

Фастигіумъ коревой лихорадки отличается короткостью; если наибольшая температура пришлась на вечеръ, то паденіе начинается съ слѣдующаго утра, а если maximum былъ достигнутъ утромъ, то онъ держится обыкновенно до вечера. Болѣе продолжительный фастигіумъ характеризуетъ тяжелую корь.

Окончаніе лихорадки при кори совершается обыкновенно быстро, иногда критически, особенно въ легкихъ случаяхъ, въ которыхъ нормальная температура получается ужь на 5-й день болѣзни; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ поденіе температуры идетъ медленнѣе, и лихорадка кончается на 6 или 7-й день, рѣдко на 9-й.

Что касается до другихъ органовъ, то они не представляютъ при кори никакихъ серьезныхъ измѣненій.

Языкъ, въ противоположность скарлатинѣ, во все время болѣзни остается покрытымъ бѣлымъ налетомъ и влажнымъ, несмотря на лихорадочное состояніе. Корь очень рѣдко бываетъ настолько сильна, чтобъ языкъ при ней представлялся бы сухимъ и покрылся бы бурой корой.

Высыпаніе сыпи на слизистой оболочкѣ рта сопровождается обыкновенно катарральнымъ воспаленіемъ рта, припухлостью десенъ и довольно значительной вонью изъ рта. Аппетитъ пропадаетъ обыкновенно съ перваго дня лихорадки и снова появляется по окончаніи ея, примѣрно на 6—7-й день, рѣдко раньше.

Рѣдко также встрѣчается при кори и начальная рвота; такъ что въ сомнительныхъ случаяхъ, особенно когда діагностику между корью и скарлатиной приходится ставить на основаніи анамнеза, симптомъ этотъ можетъ имѣть важное значеніе.

Гораздо чаще, чѣмъ рвота, въ началѣ кори встрѣчается *поносъ*, въ особенности *у маленькихъ дѣтей* (до 5 лѣтъ) въ началѣ періода высыпанія. Въ этомъ возрастѣ, по Rilliet и Barthez'у, поносъ никогда не отсутствуетъ. Trousseau тоже считалъ его въ этомъ возрастѣ за явленіе постоянное и серьезное. На появленіе поноса оказываетъ большое вліяніе ха-

рактеръ эпидеміи кори. Иногда поносъ появляется только у маленькихъ дѣтей и притомъ въ легкой степени, въ видѣ 2—3 жидковатыхъ испражненій въ сутки, а въ другое время имъ часто заболѣваютъ и болѣе взрослыя дѣти, причемъ поносъ принимаетъ серьезный характеръ, являясь въ формѣ фолликулярнаго энтерита, который характеризуется, какъ извѣстно, частыми, слизистыми, иногда съ примѣсью крови, зеленоватыми испражненіями, выдѣляющимися при тенезмахъ и боляхъ живота. Въ виду наклонности кори осложняться поносомъ, многіе авторы справедливо предостерегаютъ отъ назначенія въ началѣ кори слабительныхъ, дѣйствіе которыхъ можетъ зайти далеко за желательные предѣлы. Припадки со стороны *нервной системы* при кори выражены слабо, такъ какъ коревая лихорадка въ большинствѣ случаевъ отличается весьма доброкачественнымъ характеромъ; несмотря на 40°, маленькіе паціенты не желаютъ оставаться въ постели и ни на что не жалуются, за исключеніемъ головной боли, нерѣдко болѣе сильной въ періодѣ предвѣстниковъ; въ періодѣ сыпи напротивъ, преобладаетъ наклонность къ бреду по ночамъ и легкая апатія и даже нѣкоторая сонливость днемъ. — Сонъ большею частью непокоенъ вслѣдствіе сухого кашля.

Эклампсіи въ началѣ кори или какихъ либо тяжелыхъ „тифозныхъ" симптомовъ въ видѣ спячки, сильнаго бреда, дрожанія и т. п. припадковъ, нерѣдко встрѣчающихся при тяжелой скарлатинѣ вслѣдствіе злокачественныхъ свойствъ яда, при кори почти никогда не бываетъ, и даже такой опытный человѣкъ какъ Henoch не встрѣтилъ въ своей практикѣ ни одного подобнаго случая „адинамической" кори. Конвульсіи въ началѣ кори изрѣдка встрѣчаются только у маленькихъ дѣтей, страдающихъ ларингоспазмомъ, у рахитиковъ или вообще у субъектовъ, расположенныхъ къ эклампсическимъ припадкамъ.

Изъ органовъ чувствъ, кромѣ глазъ и носа, при кори иногда поражаются и уши, вслѣдствіе распространенія какатарра съ зѣва на среднее уха; коревой отитъ встрѣчается рѣже скарлатинознаго и отличается отъ послѣдняго сравнительно болѣе легкимъ теченіемъ, такъ какъ въ основѣ скар-

латинознаго воспаленія ушей лежитъ обыкновенно дифтеритическій процессъ, а не катарральный, какъ при кори, при которой, сколько мнѣ извѣстно, дѣло никогда не доходитъ до полной глухоты на оба уха.

Различныя формы кори.

Въ нормальной кори различаютъ 4 періода: скрытый періодъ, періодъ предвѣстниковъ, періодъ высыпанія и періодъ шелушенія.

Скрытый періодъ кори или періодъ инкубаціи продолжается отъ момента зараженія до наступленія лихорадочнаго состоянія и катарральныхъ явленій. Продолжительность его въ большинствѣ случаевъ равняется 8 - 9 днямъ, но исключенія изъ этого правила нерѣдки, такъ какъ во многихъ случаяхъ періодъ инкубаціи при кори бываетъ или короче 8 дней или длиннѣе 9-и, причемъ соотвѣтственнымъ образомъ, но только въ противоположномъ смыслѣ, измѣняется и продолжительность періода предвѣстниковъ, т. е. чѣмъ длиннѣе скрытый періодъ, тѣмъ короче предвѣстники и наоборотъ, такъ что *время, протекающее отъ момента зараженія до появленія сыпи во всѣхъ случаяхъ кори остается постояннымъ и равняется 14-и днямъ* съ колебаніемъ въ ту или другую сторону на одинъ день.

Такъ какъ заболѣвшій корью заражаетъ своихъ братьевъ и сестеръ въ большинствѣ случаевъ на первый день предвѣстниковъ, т. е. за 4 дня до появленія сыпи, то бываетъ обыкновенно такъ, что промежутокъ времени отъ появленія сыпи у перваго больного до высыпанія кори у слѣдующихъ равняется довольно точно 11-и днямъ.

Періодъ инкубаціи кори, въ отличіе отъ того же періода при скарлатинѣ и оспѣ, отличается между прочимъ тѣмъ, что во многихъ случаяхъ онъ бываетъ не совсѣмъ чистъ, т. е. не свободенъ отъ кое-какихъ болѣзненныхъ симптомовъ. Эти симптомы состоятъ или въ эфемерномъ, но иногда повтор-

номъ повышеніи температуры, до 38,5—39°/₀, или въ легкихъ катарральныхъ явленіяхъ первыхъ, воздухоносныхъ путей, преимущественно въ видѣ кашля. Если повышеніе температуры съ кашлемъ или даже одинъ кашель появляются въ послѣдніе дни скрытаго періода, то они причисляются уже къ періоду предвѣстниковъ и такимъ образомъ скрытый періодъ укорачивается. Этимъ объясняется между прочимъ показаніе нѣкоторыхъ авторовъ, что періодъ предвѣстниковъ при кори затягивается иногда до 12—13 дней.

Безлихорадочный и вообще легкій кашель, свойственный скрытому періоду кори, имѣетъ весьма важное значеніе въ дѣлѣ распространенія эпидемій кори вообще и въ школахъ въ особенности, такъ какъ ради ничтожнаго кашля никто изъ родителей не находитъ нужнымъ не пускать ребенка въ гимназію, тѣмъ болѣе что возможность кори и въ голову не приходитъ, а между тѣмъ въ этомъ періодѣ больной уже заразителенъ.

Въ видѣ иллюстраціи опредѣленной продолжительности инкубаціи и предвѣстниковъ кори, я приведу здѣсь слѣдующую интересную исторію одной изъ семейныхъ эпидемій, встрѣтившихся мнѣ въ октябрѣ 1886 года. Семья Г. состояла изъ 5 человѣкъ дѣтей, въ возрастѣ 3, 6, 8, 10 и 12 лѣтъ; 28-го сентября, въ воскресенье, къ нимъ пріѣхалъ мальчикъ изъ дѣтскаго сада: гость этотъ подозрительно кашлялъ, почему и былъ показанъ мнѣ. Я нашелъ у него рѣзко выраженную продромальную коревую сыпь на мягкомъ и твердомъ небѣ, почему мальчикъ этотъ былъ немедленно удаленъ, но тѣмъ не менѣе онъ успѣлъ перезаразить всѣхъ пятерыхъ, но заболѣли они въ разные сроки. 6-го октября, слѣдовательно, на 9-й день, къ вечеру сразу заболѣли лихорадочнымъ состояніемъ и общей слабостью трое среднихъ, а 7-го старшая и младшій.

Дни.	Октября.	Мальч. 6 лѣтъ.	
1	6	— 39,3	
2	7	37 —38,8	
3	8	37,8—38,5	
4	9	38,4–40,1	Сыпь на мягкомъ небѣ и едва замѣтн. слѣды сыпи на носу.
5	10	38,6–39,5	Рѣзкая сыпь на лицѣ и кой-гдѣ на туловищѣ.
6	11	38 —38	Сыпь на тулов. и конечностяхъ.
7	12	37,4–37,5	Сыпь блѣднѣетъ, поносъ.
8	13	37,3—37,1	Слизист. поносъ.

Дни.	Октября.	Дѣвоч. 8 лѣтъ.	
1	6	— 39,2	
2	7	37,6—38,5	
3	8	37,8—39,6	Сыпь на небѣ и губахъ.
4	9	38,4—39,5	Слѣды сыпи на лицѣ.
5	10	39,6—40,1	Сыпь на лицѣ и слѣды на туловищѣ.
6	11	38,5 - 39,5	
7	12	37,5—37,7	
8	13	37,4—37,5	

Дни.	Октября.	Дѣвоч. 10 лѣтъ.	
1	6	— 39	
2	7	37,1—38,5	
3	8	37,6—38,8	
4	9	38,4—39,4	Сыпь не небѣ.
5	10	39,3—40,1	Сыпь на лицѣ.
6	11	38,8—39,5	
7	12	37,8- 37,8	
8	13	37,4—37,7	
9	14	37,2 —	

Во всѣхъ этихъ трехъ случаяхъ скрытый періодъ продолжался по 8 дней, сыпь высыпала на 13 день; лихорадочное состояніе продолжалось по 6 дней.

Дни.	Октября.	Дѣв. 12 лѣтъ.	
1	7	39,1—39,1	
2	8	38,2—38,7	
3	9	38,1 - 39,1	Сыпь ва небѣ.
4	10	39,3—39,5	Сыпь на лицѣ.
5	11	38,6—40	
6	12	39,8—39,6	
7	13	38,3—38,9	
8	14	37,7 —	

Въ этомъ случаѣ скрытый періодъ продолжался 9 дней, но сыпь высыпала тоже на 13-й; лихор. состояніе продолжалось 7 дней.

Періодъ предвѣстниковъ кори начинается сразу значительнымъ повышеніемъ температуры (приблизительно до 39—39,5 на 1-й вечеръ) которому предшествуетъ у болѣе взрослыхъ дѣтей повторное познабливаніе, рѣже знобъ, а у маленькихъ похолоданіе конечностей. Одновременно съ лихорадкой появляются обычные спутники ея въ видѣ головной боли, потери аппетита и общей слабости и кромѣ того легкій кашель и насморкъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ катарральныя явленія предшествуютъ лихорадкѣ дня за 2, за 3 и даже больше,

въ другихъ, наоборотъ, лихорадка является раньше катарровъ; на второй день утромъ температура опускается почти или совсѣмъ до нормы, ребенокъ чувствуетъ себя бодрымъ, но катарральныя явленія или остаются безъ перемѣнъ или усиливаются; къ концу вторыхъ сутокъ или въ началѣ третьихъ глаза дѣлаются мутными, слегка краснѣютъ и на небѣ появляется продромальная сыпь; на 3-й день лихорадка снова дѣлается сильнѣе, мѣстные симптомы постепенно усиливаются и больныхъ особенно безпокоитъ сухой кашель; на 4-й день на лицѣ появляются уже первые зачатки сыпи въ видѣ блѣдно-розовыхъ, очень мелкихъ точекъ или папулъ, сидящихъ, главнымъ образомъ, на спинкѣ носа и на сосѣднихъ частяхъ щекъ, а также на вискахъ и губахъ.

На 5-й день лихорадка значительно усиливается и наступаетъ 3-й періодъ—*высыпанія*, продолжающійся трое сутокъ: первыя сутки (5-й день болѣзни) сыпь густо высыпаетъ на лицѣ и кое-гдѣ, въ видѣ отдѣльныхъ (безъ фоновъ) папулъ на туловищѣ; къ вечеру этого дня или утромъ на слѣдующій день, лихорадка достигаетъ своего maximum'a; на 2-я сутки (6-й день) густая, пятнистая сыпь занимаетъ все туловище и отчасти конечности (въ видѣ папулъ); на 3-и сутки (7-й день) лихорадка уже спускается почти до нормы, сыпь на лицѣ начинаетъ блѣднѣть, но на конечностяхъ она въ полномъ разгарѣ. Быстрое распространеніе сыпи, именно въ теченіе 24 часовъ, съ лица до ступней, описываемое Henoch'омъ какъ нормальное, встрѣчается рѣже постепеннаго и только въ легкихъ случаяхъ, въ которыхъ и лихорадка кончается быстро, примѣрно на 5-й день отъ начала болѣзни. Что касается до катарральныхъ явленій, то кашель, насморкъ и свѣтобоязнь съ покрасненіемъ глазныхъ яблокъ и припухлостью вѣкъ усиливаются, только до перваго дня высыпанія, потомъ сутки остаются in stato quo, а на 3-й день, когда сыпь на лицѣ блѣднѣетъ, катарры начинаютъ разрѣшаться, кашель дѣлается влажнымъ и не столь частымъ, глаза блѣднѣютъ, насморкъ быстро исчезаетъ. Выслушиваніе и постукиваніе груди за все это время даютъ отрицательные результаты, часто не бываетъ даже и хриповъ, по крайней мѣрѣ,

до наступленія разрѣшенія катарра. *Большое количество хриповъ въ періодъ высыпанія* указываетъ на то, что кашель обусловливается раздраженіемъ не одной только гортани и трахеи, но также и бронховъ и *заставляетъ опасаться развитія пнеймоніи*, въ особенности, если дѣло идетъ о ребенкѣ въ возрастѣ до 4-хъ лѣтъ.

Періодъ шелушенія слѣдуетъ непосредственно за поблѣднѣніемъ сыпи; присутствіе мелкихъ, бѣловатыхъ чешуекъ эпидермиса можно замѣтить на лицѣ еще до поблѣднѣнія всей сыпи. Чѣмъ сильнѣе была сыпь, тѣмъ обильнѣе бываетъ и образованіе чешуекъ; наоборотъ, если сыпь была разсѣянная или если больной сильно потѣлъ, или кожу его смазывали масломъ, то на туловищѣ можно совсѣмъ не найти чешуекъ. Шелушеніе кончается въ 3, 5—7 дней; къ этому же сроку исчезаетъ обыкновенно и желтоватая пигментація, остающаяся на мѣстѣ бывшихъ коревыхъ пятенъ, а также прекращается и кашель; такъ что къ концу 2-й недѣли больной совсѣмъ выздоравливаетъ, если не появится за это время какихъ нибудь осложненій. Случаи кори, представляющіе въ своемъ теченіи болѣе или менѣе существенныя уклоненія отъ нормы, описываются подъ именемъ *аномальной кори*.

Сюда относятся, напр., случаи очень легкой, такъ называемой, абортивной кори, встрѣчающейся въ двухъ разновидностяхъ, именно въ видѣ кори безъ лихорадки и кори безъ сыпи—morbilli apyretici и morb. sine exanthemate.

Существованіе *кори* совсѣмъ *безъ лихорадки*, судя по аналогіи съ другими инфекціонными болѣзнями, (скарлатина, тифъ) отрицать нельзя, но во всякомъ случаѣ, если таковые случаи и встрѣчаются, то крайнѣ рѣдко и я лично не наблюдалъ ни одного; чаще встрѣчаются случаи съ очень непродолжительной лихорадкой, исчезающей раньше сыпи, какъ, наприм., въ случаѣ Ziemssen'a и Krabler'a (Masern u. ihre Complicationen. 1863. S. 40): температура пала черезъ 24 часа послѣ появленія сыпи и во время цвѣтенія ея 5-лѣтній больной былъ совсѣмъ безъ лихорадки.

То же самое нужно сказать и по поводу *кори безъ сыпи:* полное отсутствіе сыпи у ребенка, заразившагося вмѣстѣ съ

своими сродичами и заболѣвшаго одновременно съ ними припадками періода предвѣстниковъ, встрѣчается рѣдко; но случаи кори, почти безъ сыпи, встрѣчаются чаще, и отличаются чрезвычайно легкимъ теченіемъ.

Вотъ, напр., подобный случай: дѣвочка 12 лѣтъ, имѣвшая случай заразиться корью, черезъ нѣсколько дней послѣ того, именно 7-го мая была не весела и чуть чуть покашливала. 8-го мая, при температурѣ 37,9, на лицѣ кой-гдѣ показалось нѣсколько штукъ коревыхъ папулъ и нѣсколько характерныхъ *пятенъ на небѣ*, подтвердившихъ діагностику кори. 9-го мая — пятна на небѣ исчезли, на лицѣ остались безъ перемѣнъ, нѣсколько новыхъ папулъ появилось на спинѣ и на груди; вообще папулъ такъ мало, что ихъ не трудно было-бы сосчитать; t⁰ 37,3. 10-го мая сыпь исчезла и не появлялась больше.

Подобный же случай, но съ болѣе значительной продромальной лихорадкой описывается, между прочимъ, и у Zimssen'a (l. c. 48): Мальчикъ 5 лѣтъ заразился корью вмѣстѣ съ двумя сестрами и всѣ трое заболѣли черезъ нѣсколько дней (5-го ноября) кашлемъ, и легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ. Въ ночь съ 7-го на 8-е мая мальчикъ былъ непокоенъ и съ утра остался въ постели; сильный насморкъ, сухой кашель, инъекція конъюнктивъ. t⁰ утромъ 40,2, вечеромъ—38,8; 9-го: больной чувствуетъ себя гораздо личше. 10-го: кашель и насморкъ продолжаются; t⁰ 38,7—37,6. Къ вечеру на *щекахъ и на лбу вдоль волосистаго края разбросанныя узелки*; кашель меньше.—Дальнѣйшаго высыпанія не послѣдовало.

Въ одномъ случаѣ я счелъ себя въ правѣ діагносцировать корь, не смотря на полное отсутствіе не только сыпи на кожѣ, но и катарральныхъ явленій. Корь появилась въ семьѣ доктора Есипова, состоявшей изъ трехъ человѣкъ дѣтей. Первымъ заболѣлъ, 25-го сентября 1886 года, мальчикъ 6 лѣтъ. Періодъ предвѣстниковъ протекалъ у него въ видѣ довольно тяжелаго ложнаго крупа; сыпь (29/9) была очень обильная, maximum лихорадки 40⁰ съ десятыми. Черезъ 10 дней (4-го октября) послѣ него въ одинъ день заболѣли его старшая сестра 8 лѣтъ и младшій братъ. У послѣдняго корь протекала совершенно нормальнымъ порядкомъ, (сыпь 8-го окт.), но у дѣвочки въ теченіе трехъ дней была только незначительная лихорадка и въ послѣдній день на мягкомъ небѣ появилось три—четыре пятнышка и больше ничего—ни кашля, ни насморка, ни сыпи на кожѣ. Температура у нея шла такъ: 5-го октября (2-й день) веч. 38,7; 6-го 38—39; 7-го 37,9—38,3; 8-го 36,3. Случай этотъ, по моему мнѣнію, доказываетъ,

что корь безъ сыпи и безъ катарровъ, несомнѣнно существуетъ, но только діагностика ея внѣ эпидеміи не всегда возможна. Если при лихорадочномъ состояніи появляются насморкъ, слезотеченіе и кашель, то при отсутствіи сыпи, врачъ скорѣе, конечно, подумаетъ о гриппѣ, чѣмъ о кори, даже и въ томъ случаѣ, если на небѣ появится пятнистая краснота, каковая, по наблюденіямъ Tigri, во время нѣкоторыхъ эпидемій встрѣчается и при гриппѣ яко бы нерѣдко.

Аномаліи періода предвѣстниковъ кори, при нормальномъ дальнѣйшемъ теченіи встрѣчаются не рѣдко. Такъ, предвѣстники могутъ продолжаться ненормально долго или, наоборотъ, слишкомъ коротко. Если катарральные симптомы появляются съ лихорадкой, то періодъ предвѣстниковъ вмѣсто 4-хъ дней въ аномальныхъ случаяхъ рѣдко затягивается долѣе 6-и дней, но одни катарры, безъ повышенія температуры, въ особенности кашель. могутъ тянуться и дольше и именно, на счетъ періода инкубаціи, которая въ такихъ случаяхъ бываетъ очень коротка.

Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, періодъ предвѣстниковъ продолжается всего 1—2 дня или даже совсѣмъ отсутствуетъ и корь начинается прямо съ сыпи, а катарры появляются уже послѣ нея; въ такихъ случаяхъ не бываетъ и продромальной сыпи на небѣ.

Аномаліи продромальнаго періода обусловливаются иногда какими нибудь осложненіями, исчезающими въ дальнѣйшемъ теченіи; такими осложненіями всего чаще бываютъ ложный крупъ, поносъ или какіе либо нервные симптомы.

Politzer, напр., приводитъ два интересныхъ въ этомъ отношеніи случая (Jahrb. f. Kinderh. IV B. 1871. S. 307). Одинъ изъ нихъ касается мальчика 6 лѣтъ, который въ теченіе 8-и дней представлялъ картину, всего болѣе напоминавшую тифъ, такъ какъ при сравнительно невысокой лихорадкѣ больной былъ въ угнетенномъ состояніи; съ появленіемъ обильной коревой сыпи, симптомы адинаміи исчезли и корь приняла свое обыкновенн е теченіе.

Въ другомъ случаѣ дѣло было еще болѣе запутано: мальчикъ 4 лѣтъ, въ теченіе четырехъ дней лежалъ въ сильномъ жару, при явленіяхъ полной прострацiи и при полномъ отсутствіи какихъ либо мѣстныхъ явленій; на 5-й день развилась картина холеры съ значительнымъ колляпсомъ, наконецъ, на 6-й день показалась коревая сыпь, причемъ холерные симптомы ослабѣли и корь пошла обыкновеннымъ порядкомъ.

Сюда-же относится, конечно, и случай Somma (Jahrb. f. Kinderh. XXVI B. S. 138) принятый имъ за острый менингитъ съ исходомъ въ выздоровленіе: 7-и мѣсячная дѣвочка заболѣла внезапно повторной рвотой и судорогами; пульсъ 120, t—38,0; на 2-й день t=39, на 3-й день—40; сведеніе конечностей, сопоръ, нистагмусъ, аритмичный пульсъ. На слѣдующій день, послѣ назначеннаго каломеля, быстрое паденіе t'ы и улучшеніе общаго состоянія; на 5-й день насморкъ, кашель и необильная высыпь кори.

Аномаліи періода высыпанія состоятъ главнымъ образомъ въ различныхъ аномаліяхъ сыпи, о которыхъ мы говорили выше.

Къ числу аномальныхъ формъ кори относятся также *тяжелая корь*. Корь можетъ быть тяжела вслѣдствіе злокачественнаго дѣйствія яда или вслѣдствіе осложненій. Аномальной корью могутъ быть названы только случаи первой категоріи.

Злокачественная корь, опасная сама по себѣ, т. е. безъ посредства осложненій и кончающаяся смертью въ нѣсколько дней, если и встрѣчается, то крайне рѣдко и мнѣ не попадалась ни разу. По Thomas'у (l. c. s. 79) она имѣетъ обыкновенно геморрагическій характеръ и поражаетъ преимущественно больныхъ или истощенныхъ субъектовъ или маленькихъ дѣтей. До или послѣ коревой высыпи, которая въ такихъ случаяхъ быстро исчезаетъ, появляются вдругъ кровотеченія изъ всевозможныхъ сосудовъ: на кожѣ многочисленныя петехіи и подтеки, кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ (въ особенности изъ носа, а также изъ почекъ, рѣже изъ бронховъ и кишекъ). Смерть наступаетъ обыкновенно такъ быстро, что значительныя анатомич. измѣненія органовъ не успѣваютъ развиться; иногда, впрочемъ, встрѣчаются въ трупѣ геморрагическія воспаленія и инфаркты.

Въ менѣе злокачественныхъ случаяхъ болѣзнь затягивается и шансъ на выздоровленіе увеличивается, хотя здѣсь рѣдко обходится дѣло безъ серьезныхъ осложненій со стороны кишекъ или легкихъ. Подобные случаи уже съ самаго начала характеризуются очень высокой лихорадкой, не дѣлающей ремиссій по утрамъ и на второй день предвѣстниковъ; сыпь высыпаетъ плохо и получаетъ синеватый оттѣнокъ, пульсъ частъ и малъ, языкъ сухъ и покрытъ бурой коркой. Подъ влі-

яніемъ лихорадки, поносовъ и капиллярнаго бронхита или пнеймоніи больной можетъ умереть отъ упадка силъ въ теченіе 2-й или 3 й недѣли.

Осложненія и послѣдовательныя болѣзни.

Осложненія при кори являются или вслѣдствіе злокачественнаго свойства яда (характеръ эпидеміи) или подъ вліяніемъ дурныхъ гигіэническихъ условій или вслѣдствіе индивидуальнаго расположенія даннаго субъекта къ тѣмъ или инымъ процессамъ.

Осложненія являются обыкновенно со стороны тѣхъ органовъ, которые поражаются и при нормальной, неосложненной кори. Всего чаще встрѣчаются слѣдующія:

Носовое кровотеченіе появляется или въ періодѣ предвѣстниковъ или въ первые дни высыпанія и достигаетъ иногда такой степени, что требуетъ энергическаго вмѣшательства врачебной помощи.

Язвенное воспаленіе десенъ—Stomacace. Катарральное воспаленіе слизистой оболочки рта и непріятный запахъ изо рта при кори—явленія обычныя, но иногда воспалительный процессъ сосредоточивается на деснахъ; онѣ сильно припухаютъ, легко кровоточатъ и изъязвляются на свободномъ краѣ. Процессъ этотъ сопровождается сильной вонью изо рта и отличается прогрессивнымъ развитіемъ, если только ходъ его не останавливается назначеніемъ хлорноватокисл. калія.

Послѣдствіемъ язвеннаго воспаленія десенъ бываетъ или выпаденіе зубовъ и частичное омертвѣніе челюсти или, что гораздо хуже—Noma—омертвѣніе щеки. *Noma*, какъ извѣстно, никогда не встрѣчается, какъ первичное страданіе, у дѣтей здоровыхъ, а всегда у истощенныхъ какими нибудь хроническими или острыми болѣзнями, и всего чаще именно послѣ кори. Посредствующимъ звѣномъ между корью и номой всегда является stomacace. Обычный ходъ болѣзни бываетъ такой: язвенный процессъ съ десенъ путемъ зараженія переходитъ на соотвѣтствующія мѣста слизистой оболочки щекъ, вслѣд-

ствіе чего на внутренной поверхности ихъ образуется продолговатое, съ желтымъ дномъ изъязвленіе, какъ разъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ щека прилегаетъ къ изъязвленнымъ деснамъ. Въ теченіе слѣдующихъ дней изъязвленіе распространяется, главнымъ образомъ, вглубь и сравнительно мало по поверхности. Вотъ это-то изъязвленіе и принимаетъ иногда гангренозный характеръ, причемъ поверхность язвы дѣлается грязно-сѣраго или чернаго цвѣта, вонь изо рта усиливается и дѣлается еще болѣе отвратительной (довольно своеобразный запахъ гангрены) и что особенно характерно, такъ это то, что разрушеніе мягкихъ частей лица, которое до сихъ поръ шло медленно, съ момента наступленія гангрены распространяется чрезвычайно быстро; уже черезъ день омертвѣніе проникаетъ всю толщу щеки и на кожѣ является темнобурое пятно, а еще черезъ сутки щека пробуравливается и гангренозная язва начинаетъ распространяться по мягкимъ частямъ лица, а если больной проживетъ нѣсколько дней, то челюстныя кости обнажаются на большомъ протяженіи. Пока язва не пробилась еще наружу, щека представляется въ состояніи отечной припухлости, кожа натянута, восковидно-блѣдна и блестяща; не задолго до омертвѣнія на мѣстѣ послѣдняго появляется красноватое пятно. Самопроизвольная остановка гангрены, путемъ демаркаціоннаго воспаленія, хотя и встрѣчается, но только въ исключительныхъ случаяхъ; нѣсколько чаще наблюдается это послѣ сильныхъ прижиганій каленымъ желѣзомъ или азотной кислотой или послѣ присыпокъ kali chlorico; но болѣе обыкновенный исходъ номы всетаки смерть отъ истощенія подъ вліяніемъ поноса, охотно присоединяющагося къ номѣ, вѣроятно, вслѣдствіе проглатыванія ихорозныхъ массъ, или отъ пнеймоніи, принимающій иногда исходъ въ гангрену легкихъ. Если этихъ осложненій не появляется, то больной при номѣ не лихорадитъ и нерѣдко сохраняетъ отличный аппетитъ, при каковыхъ условіяхъ и можетъ выздоровѣть.

На развитіе номы громадное вліяніе оказываетъ обстановка больного и состояніе питанія. Въ дурно устроенныхъ больницахъ и въ подвальныхъ этажахъ она встрѣчается не-

сравненно чаще, чѣмъ въ частной практикѣ. Изъ терапевтическихъ средствъ къ этому осложненію располагаетъ каломель и другіе ртутные препараты, напр., втиранія сѣрой мази при коревомъ ларингитѣ.

Поносъ при кори встрѣчается довольно часто, въ особенности у маленькихъ дѣтей, до 4-хъ лѣтъ, хотя онъ не щадитъ и болѣе взрослыхъ. По наблюденіямъ Trousseau, у дѣтей до 5 лѣтъ, поносъ при кори есть явленіе постоянное. Онъ начинается обыкновенно вмѣстѣ съ первымъ появленіемъ сыпи, но иногда уже въ періодѣ предвѣстниковъ.

Сила и характеръ поноса въ различныхъ случаяхъ не одинаковы; онъ является то въ видѣ жидковатыхъ испражненій 2—3 раза въ день, то въ видѣ очень частаго, слизистаго и даже кровянистаго, какъ при дизентеріи, стула, съ тенезмами и болью живота. Такого рода дизентерическій поносъ или обильный водянистый является довольно опаснымъ осложненіемъ кори и служитъ иногда причиной смерти маленькихъ дѣтей, въ особенности лѣтомъ, или въ холерное время, когда, по Bohn'у, коревой поносъ нерѣдко прямо переходитъ въ холерный. По наблюденіямъ Barthez и Rilliet большинство легкихъ формъ поноса начинается въ періодѣ предвѣстниковъ, а самыя тяжелыя—позднѣе высыпанія. Въ виду наклонности кори осложняться поносомъ, многіе авторы совѣтуютъ не прибѣгать въ началѣ кори къ слабительнымъ, а въ случаѣ запора довольствоваться клистирами.

Laryngitis. Воспаленіе гортани при кори встрѣчается въ двухъ формахъ: въ видѣ простого катарральнаго — lar. catarrhalis и крупознаго — l. cruposa. Катарръ гортани или ложный крупъ встрѣчается по преимуществу въ началѣ кори, въ періодѣ предвѣстниковъ; тогда какъ настоящій крупъ болѣе свойственъ періоду высыпанія или шелушенія. Такъ какъ припадки этихъ двухъ формъ ларингита въ началѣ своего развитія бываютъ при случаѣ очень схожи другъ съ другомъ, то время появленія этихъ припадковъ можетъ до нѣкоторой степени помочь діагностикѣ. Въ обоихъ случаяхъ появляется грубый, лающій кашель, хриплый голосъ и затрудненное дыханіе вслѣдствіе стеноза гортани. Существен-

ное различіе между ними состоитъ, во-1-хъ, въ способѣ развитія стеноза, и во-2-хъ, въ свойствѣ самихъ припадковъ.

Ложный крупъ характеризуется тѣмъ, что *стенозъ гортани* при немъ *развивается* чрезвычайно *быстро*, такъ что ребенокъ, легшій спать съ едва замѣтной хрипотой, просыпается ночью съ рѣзко затрудненнымъ дыханіемъ и отъ недостатка воздуха мечется въ постели; но такая сцена, производящая переполохъ въ домѣ и сильно пугающая родителей, продолжается не долго: черезъ часъ, черезъ два, много черезъ 3 стенозъ уменьшается и ребенокъ снова засыпаетъ и просыпается утромъ съ едва замѣтнымъ стенозомъ или и совсѣмъ безъ него.

Совсѣмъ не то при *настоящемъ крупѣ; развивается* онъ *постепенно* и потому своимъ началомъ родителей не пугаетъ и переполоха въ домѣ не производитъ, но за то не дѣлаетъ и перемежекъ, а напротивъ того, *стенозъ сначала едва замѣтный съ каждымъ днемъ прогрессируетъ* и черезъ 3—5 дней доводитъ больного до полной асфиксіи.

Степень стеноза для діагностики ложнаго крупа отъ настоящаго не имѣетъ значенія, такъ какъ и при первомъ она можетъ быть очень значительна; другое дѣло способъ развитія и *продолжительность:* стенозъ гортани хотя бы и не сильный, но продолжающійся долѣе 24-хъ часовъ безъ перерыва, долженъ возбуждать сильное подозрѣніе на присутствіе перепонокъ въ гортани.

Что касается до свойства припадковъ, то подозрительно для крупа *пропорціональное развитіе* всѣхъ трехъ *кординальныхъ припадковъ*, т. е. лающаго кашля, хриплаго голоса и стенотическаго дыханія; тогда какъ довольно чистый голосъ, не смотря на затрудненное дыханіе и грубый кашель, указываетъ на ложный крупъ, при которомъ истинныя голосовыя связки нерѣдко остаются нормальными, а стенозъ и лающій кашель обусловливаются отечной припухлостью ложныхъ голосовыхъ связокъ.

Предсказаніе при этихъ двухъ формахъ ларингита совершенно различное: ложный крупъ, начавшись во время предвѣстниковъ, продолжается обыкновенно до періода высыпанія

а съ появленіемъ сыпи катарръ гортани начинаетъ разрѣшаться и скоро проходитъ, между тѣмъ какъ настоящій крупъ постепенно прогрессируя, кончается въ громадномъ большинствѣ случаевъ смертью.

Само собою разумѣется, что время появленія крупозныхъ симптомовъ еще не рѣшаетъ діагностики, такъ какъ при случаѣ и ложный крупъ можетъ появиться въ періодѣ исчезанія сыпи, а настоящій—въ самомъ началѣ кори.

Что касается до сущности кореваго крупа, и его происхожденія, то поэтому поводу можно сказать то же самое, что было говорено о сущности скарлатинознаго дифтерита, т. е. что коревой круппъ есть не что иное, какъ высшая степень коревого ларингита, для происхожденія котораго вовсе не требуется вліянія яда дифтеріи.

Концентрированнымъ нашатырнымъ спиртомъ легко вызвать у кролика крупозное воспаленіе гортани, но разбавляя спиртъ водой можно вызвать простое катарральное воспаленіе различной степени интензивности, смотря по количеству прибавленной воды; такъ и при кори встрѣчаются воспаленія различной силы, начиная отъ легкаго катарра и кончая крупознымъ воспаленіемъ; понятно, что въ силу существованія переходныхъ формъ, иногда очень трудно бываетъ поставить точную діагностику между ложнымъ и настоящимъ крупомъ. Эти переходные формы описываются въ руководствѣ Rilliet и Barthez'a подъ именемъ вторичнаго крупа, который въ анатомическомъ отношеніи характеризуется, по ихъ описанію, тѣмъ, что ложныя оболочки меньше, тоньше и мягче, чѣмъ при обыкновенномъ крупѣ; онѣ легко отдѣляются отъ сильновоспаленной слизистой оболочки, рѣдко они занимаютъ всю поверхность гортани, обыкновенно-же только верхнюю ея часть отъ надгортанника до голосовыхъ связокъ. Въ большинствѣ случаевъ такія-же нѣжныя ложныя оболочки встрѣчаются и въ зѣвѣ.

Bronchitis—катарръ крупныхъ и среднихъ бронховъ характеризуется появленіемъ на всемъ пространствѣ грудной клѣтки, но больше на спинѣ, грубыхъ влажныхъ хриповъ; болѣе взрослыя дѣти отхаркиваютъ при этомъ слизисто-гнойную

мокроту. Небольшое количество хриповъ, въ періодѣ блѣднѣнія сыпи принадлежитъ къ числу постоянныхъ спутниковъ кори и потому говорить о бронхитѣ, какъ объ осложненіи кори, можно лишь въ томъ случаѣ, если этихъ хриповъ очень много, или если подъ вліяніемъ бронхита затягивается лихорадочное состояніе. Простой бронхитъ—явленіе не опасное, особенно у дѣтей болѣе взрослыхъ, но у маленькихъ или у дѣтей расположенныхъ къ катарру бронховъ онъ можетъ затянуться на нѣсколько недѣль или, что еще хуже, дать поводъ къ развитію капиллярнаго бронхита—*bronchitis capillaris,* который для дѣтей до 2-хъ-лѣтняго возраста является очень опаснымъ осложненіемъ, а для грудныхъ почти всегда смертельнымъ; чѣмъ быстрѣе развивается капиллярный бронхитъ, тѣмъ онъ опаснѣе. Очень острые случаи катарральной пнеймоніи, описанные французами подъ именемъ pneumonie catarrhale surägue суть не что иное, какъ распространенный капиллярный бронхитъ, кончающійся смертью въ 2—5 дней, при явленіяхъ отравленія углекислотой (блѣдное лицо, похолоданіе конечностей, слабый и очень частый пульсъ, ціанозъ, поверхностное, до 80 въ минуту, дыханіе). До образованія воспалительныхъ фокусовъ въ такихъ случаяхъ дѣло не доходитъ, а при вскрытіи находятъ только разлитой капиллярный бронхитъ и болѣе или менѣе обширные ателектазы.

Воспаленіе легкихъ принадлежитъ къ числу опасныхъ и весьма обыкновенныхъ осложненій кори. Оно встрѣчается въ двухъ типическихъ формахъ, въ видѣ *катарральной пнеймоніи*, иначе называемой бронхопнеймоніей или лобулярнымъ воспаленіемъ легкихъ и въ формѣ *крупозной пнеймоніи* или лобарной.

Главное отличіе этихъ двухъ формъ воспаленія легкихъ состоитъ въ различной быстротѣ развитія уплотнѣнія легочной ткани и въ продолжительности лихорадочнаго состоянія. При катарральной пнеймоніи уплотнѣніе легкаго появляется первоначально въ видѣ небольшихъ островковъ, величиной примѣрно въ лѣсной орѣхъ, которые потомъ могутъ увеличиваться въ объемѣ, сливаться другъ съ другомъ и такимъ образомъ вести къ уплотнѣнію цѣлой доли легкаго (псейдолобарная пнеймонія), но для этого требуется, по крайней мѣрѣ,

недѣли двѣ или около того, тогда какъ при крупозной пнеймоніи уплотнѣніе цѣлой доли или бо́льшей ея части развивается быстро, въ 2—3 дня.

Что касается до лихорадочнаго состоянія, то сообразно медленному развитію катарральнной пнеймоніи лихорадочное состояніе продолжается довольно долго, рѣдко меньше трехъ недѣль, но за то температура не имѣетъ наклонности долго оставаться на высокихъ градусахъ, а напротивъ того часто замѣчаются колебанія, съ паденіемъ темпер. почти до нормы и съ новымъ поднятіемъ черезъ нѣсколько часовъ до 39—40%. Такія колебанія повторяются черезъ неправильные промежутки времени, напр., черезъ 2—3 дня или каждый день. Окончаніе лихорадки всегда совершается лизисомъ.

При крупозномъ воспаленіи темпер., какъ и при типической *pneum. cruposa*, съ первыхъ-же дней достигаетъ своего *maximum*'а (40—41%) и остается на этой высотѣ при незначительныхъ утреннихъ ремиссіяхъ, нѣсколько дней (5—7—9) и кончается кризисомъ, причемъ въ 12—24 часа температура падаетъ съ 40% до нормы и даже ниже.

Дальнѣйшее отличіе этихъ двухъ пнеймоній состоитъ въ способѣ ихъ развитія. Самое названіе „бронхопнеймонія показываетъ, что при катарральномъ воспаленіи легкихъ всегда поражаются и бронхи; иначе и быть не можетъ, такъ какъ катарральная пнеймонія всегда развивается изъ бронхита и, слѣдовательно, безъ послѣдняго не можетъ быть и первой. Развитіе процесса идетъ такимъ образомъ, что прежде, чѣмъ появятся какіе либо признаки уплотнѣнія легкаго, больной представляетъ симптомы капиллярнаго бронхита: при болѣе или менѣе значительной, неправильно ремиттирующей лихорадкѣ, замѣчается учащенное дыханіе (у дѣтей до 2 хъ лѣтняго возраста до 50-ти въ минуту и больше) съ раздуваніемъ ноздрей и иногда съ втягиваніемъ мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы (перипнеймоническая бороздка); постукиваніе даетъ отрицательные результаты, но при выслушиваніи замѣчается большое количество мелко-пузырчатыхъ хриповъ, въ тяжелыхъ случаяхъ почти по всей груди, а въ болѣе легкихъ преимущественно сзади по обѣимъ сторонамъ позвоночника,

соотвѣтственно заднимъ частямъ нижнихъ долей легкихъ. Въ этихъ именно мѣстахъ прежде всего появляется и пнеймонія, начало которой нерѣдко обозначается значительнымъ усиленіемъ лихорадки, еще большимъ учащеніемъ дыханія и болѣе частымъ и иногда болѣзненнымъ кашлемъ; пока воспалительные фокусы уплотнѣнія еще не велики и сидятъ разбросанно среди нормальной (т. е. воздухъ содержащей) легочной ткани, до тѣхъ поръ постукиваніе все еще даетъ отрицательные результаты, но при выслушиваніи слышатся мѣстами мелко пузырчатые, *консонирующіе* хрипы; въ дальнѣйшемъ теченіи постукиваніе даетъ тимпаническій звукъ, потомъ притупленный и наконецъ почти совсѣмъ тупой, на большемъ или меньшемъ пространствѣ обѣихъ нижнихъ долей, преимущественно въ заднихъ частяхъ; въ это время аускультація открываетъ кромѣ мелко пузырчатыхъ, консонирующихъ хриповъ, еще и бронхофонію и бронхіальное дыханіе.

Такъ какъ бронхитъ при кори всегда бываетъ двухсторонній, то и катарральная пнеймонія, которая изъ него развивается, обыкновенно тоже бываетъ симметричной, расположенной по обѣимъ сторонамъ позвоночника.

Итакъ, характеристичные симптомы бронхопнеймоніи состоятъ въ слѣдующемъ: двухстороннее появленіе въ заднихъ частяхъ нижнихъ долей, мелкопузырчатые, консонирующіе хрипы, иногда рядомъ съ бронхіальнымъ дыханіемъ, бронхофоніей и притупленнымъ звукомъ, значительная одышка, высокая, но неправильнаго типа, лихорадка. Это—болѣзнь преимущественно маленькихъ дѣтей, до 4-лѣтняго возраста.

Крупозное воспаленіе легкаго рѣдко бываетъ двусторннимъ; обыкновенно же оно занимаетъ одну какую нибудь долю легкаго во всемъ ея объемѣ или, по крайней мѣрѣ, большую часть, откуда и названіе—лобарное воспаленіе. Уплотнѣніе развивается быстро, такъ что тупой звукъ, бронхофонія и бронхіальное дыханіе, соотвѣтственно пораженной доли, достигаютъ своего полнаго развитія въ 2 – 3 дня; но за то такъ же быстро наступаетъ и разрѣшеніе, обозначающееся критическимъ окончаніемъ лихорадки и появленіемъ на мѣстѣ тупого звука и крепитирующихъ хриповъ.

Нерѣдко коревыя пнеймоніи, по быстротѣ своего развитія, по характеру лихорадки и по другимъ физикальнымъ признакамъ занимаютъ какъ бы переходное мѣсто между катарральной и крупозной формой и больше похожи на воспаленія легкаго при гриппѣ (см. 1-й выпускъ этихъ лекцій, стр. 73 и слѣд.) и тогда трудно бываетъ рѣшить, съ какого рода воспаленіемъ легкаго имѣемъ дѣло.

Относительно исходовъ и предсказанія при коревыхъ пнеймоніяхъ слѣдуетъ замѣтить, что и то и другое стоитъ въ большой зависимости, во 1-хъ, отъ возраста паціента, во 2-хъ, отъ предшествовавшаго состоянія здоровья и въ 3-хъ, отъ формы пнеймоніи.

Что касается до возраста, то всякая пнеймонія при кори тѣмъ опаснѣе, чѣмъ моложе ребенокъ и особенно опасна, почти всегда смертельна, у дѣтей до двухъ лѣтъ.

Предшествовавшее состояніе здоровья имѣетъ значеніе въ томъ отношеніи, что плохо переносятъ пнеймонію рахитики, золотушныя и дѣти, обладающія наслѣдственнымъ расположеніемъ къ туберкулезу.

Изъ различныхъ формъ коревого воспаленія легкихъ чаще кончаются выздоровленіемъ, особенно у дѣтей старше 5 лѣтъ, лобарныя формы, кончающіяся въ 2—3 недѣли. Типическая катарральная пнеймонія затягивается на многія недѣли и даже на цѣлые мѣсяцы и кончается либо смертью, при явленіяхъ чахотки или выздоровленіемъ, которое можетъ наступить даже и въ очень затянувшихся случаяхъ, когда подъ вліяніемъ безпрерывной лихорадки, продолжавшейся мѣсяца 2—3, больной сильно истощился и когда изслѣдованіе груди даетъ несомнѣнныя указанія на образованіе въ легкихъ кавернъ (бронхоэктазій); а потому отчаяваться не слѣдуетъ даже и въ самыхъ безнадежныхъ, повидимому, случаяхъ.

Коревая пнеймонія можетъ появиться въ любомъ періодѣ кори, не исключая и періода предвѣстниковъ, что случается, впрочемъ, очень рѣдко; обыкновенно же коревая пнеймонія развивается во время блѣднѣнія сыпи, т. е. въ концѣ первой и въ началѣ второй недѣли. Чѣмъ раньше начинается воспаленіе, тѣмъ caeteris paribus хуже предсказаніе.

Что касается до причинъ коревой пнеймоніи, то несомнѣнно, что она можетъ развиться прямо подъ вліяніемъ коревого катарра бронховъ, безъ какой либо другой, случайной причины, но вслѣдствіе сильнаго дѣйствія коревого контагія или подъ вліяніемъ благопріятной для него почвы, т. е. индивидуальныхъ особенностей субъекта, каковы, напр., юный возрастъ, рахитизмъ и особое расположеніе къ бронхитамъ; въ большинствѣ случаевъ, однако, корь является лишь распологающимъ моментомъ, а роль производящей причины играетъ простуда или антигигіэническія условія со стороны жилища; корь всего чаще осложняется воспаленіемъ легкихъ у дѣтей, живущихъ въ сырыхъ квартирахъ съ спертымъ воздухомъ.

Въ числѣ *послѣдовательныхъ* болѣзней кори, самую главную роль по частотѣ появленія и по неизбѣжности смертельнаго исхода—играетъ туберкулезъ легкихъ и общій миліарный туберкулезъ.

Туберкулезъ легкихъ присоединяется обыкновенно къ затянувшимся катарральнымъ пнеймоніямъ, которыя принимаютъ въ такомъ случаѣ хроническое теченіе, и больной умираетъ отъ чахотки, которая мало чѣмъ отличается отъ туберкулезной чахотки у взрослыхъ.

Гораздо болѣе затрудненій для діагностики представляютъ случаи миліарнаго туберкулеза, протекающаго иногда совершенно скрытно. Нерѣдко бываетъ такъ, что корь протекаетъ совершенно правильно, бронхитъ постепенно исчезаетъ, даже до полнаго прекращенія кашля, больной получаетъ аппетитъ, начинаетъ ходить, словомъ, видимо выздоравливаетъ, но не совсѣмъ; выздоровленіе задерживается тѣмъ, что по вечерамъ или около четырехъ часовъ дня, онъ немного лихорадитъ и термометръ, всякій день около 4—6 часовъ вечера, показываетъ 38,3—38,8; по утрамъ температура можетъ быть нормальной, но чаще она оказывается субфебрильной (37,6—8) или слегка лихорадочной (38,1—3); но что особенно характерно, такъ это то, что хининъ, даже въ сравнительно большихъ дозахъ, напр., вдвое противъ числа лѣтъ ребенка, не только не уничтожаетъ этой незначительной лихорадки, но нерѣдко температура даже замѣтно повышается послѣ пріемовъ хи-

нина. Эта-то безполезность хинина имѣетъ важное діагностическое значеніе, такъ какъ даетъ надежное основаніе для исключенія перемежающейся лохорадки, за которую всего чаще принимается скрытый туберкулезъ.

Подобная, какъ будто „безпричинная“, лихорадка, протекающая безъ кашля или съ ничтожнымъ кашлемъ и безъ всякихъ другихъ мѣстныхъ симптомовъ со стороны какихъ-бы то ни было органовъ, оказывается очень упорной и держится съ незначительными колебаніями въ своей силѣ, въ теченіе многихъ дней и даже недѣль, симулируя легкій тифъ (или интермитрентъ), но *только селезенка остается нормальной величины,* что тоже весьма важно для діагностики. Такъ дѣло тянется недѣли 2—3 и до 8 недѣль, пока, наконецъ, туберкулезъ тѣхъ или другихъ важныхъ органовъ не выяснитъ окончательно причину столь упорной лихорадки; всего чаще дѣло кончается развитіемъ острой головной водянки, вслѣдствіе туберкулезнаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ.

Діагносцировать скрытый миліарный туберкулезъ до развитія туберкулезнаго менингита нельзя; (офтальмоскопическое изслѣдованіе даетъ обыкновенно отрицательные результаты, такъ какъ бугорки на хороидеѣ рѣдко встрѣчаются даже и при meningitis tuberculosa, а безъ пораженія мозговыхъ оболочекъ еще того рѣже); но, идя путемъ исключеній, его можно съ большой вѣроятностью предполагать, а именно въ томъ случаѣ, если послѣ кори, гриппа или коклюша (словомъ послѣ общихъ болѣзней, имѣющихъ отношеніе къ туберкулезу) больной, безъ видимой причины, начинаетъ лихорадить, если по временамъ температура дѣлаетъ чрезвычайно сильные, но кратковременные скачки кверху, если хининъ не оказываетъ на лихорадку замѣтнаго вліянія и если на 2-й недѣлѣ и позднѣе нельзя констатировать опухоли селезенки. Предположеніе получаетъ еще бо́льшую вѣроятность, если у больного есть хотя бы и не сильный, но сухой кашель. Что касается до наслѣдственнаго расположенія къ туберкулезу и до признаковъ гиперплязіи бронхіальныхъ железъ или до золотухи, то всѣ эти анамнестическія данныя могутъ вполнѣ отсут-

ствовать, но вѣроятность въ пользу туберкулеза въ такомъ случаѣ всетаки не сдѣлается значительно меньше.

Изъ органовъ чувствъ всего чаще поражаются глаза и уши.

Самымъ частымъ осложненіемъ со стороны глазъ бываютъ conjunctivitis и blepharitis, рѣже keratitis и iritis, а со стороны ушей — катарръ средняго уха, который, въ отличіе отъ скарлатинознаго страданія ушей, отличается болѣе легкимъ теченіемъ.

Корь сравнительно съ скарлатиной весьма рѣдко осложняется воспаленіемъ почекъ и водянкой; довольно рѣдко также поражаются при кори эндо-и перикардій и другіе серозныя оболочки, за исключеніемъ только мозговыхъ оболочекъ, въ видѣ туберкулезнаго менингита.

Предсказаніе.

Нормальная, неосложненная корь болѣзнь не опасная. Злокачественная корь, убивающая больного безъ осложненій, принадлежитъ къ числу рѣдкихъ исключеній. Осложненія со стороны легкихъ и кишекъ встрѣчаются тѣмъ чаще, чѣмъ моложе ребенокъ, и потому до 2-хъ лѣтъ корь можно считать за очень серьезную болѣзнь. Она серьезна также для дѣтей съ наслѣдственнымъ расположеніемъ къ туберкулезу или для дѣтей, часто страдавшихъ бронхитомъ, у которыхъ, слѣдовательно, можно подозрѣвать пораженіе бронхіальныхъ железъ. Именно у такихъ дѣтей корь нерѣдко даетъ поводъ къ развитію подострыхъ или хроническихъ пнеймоній или миліарнаго туберкулеза. Еще хуже, если корь появляется у субъекта, уже страдающаго воспаленіемъ легкаго или началомъ туберкулеза.

Діагностика.

Ясно выраженная корь не представляетъ затрудненій для распознаванія, такъ какъ ужь самая сыпь достаточно характеристична, да къ тому же больной представляетъ еще и катарральныя явленія.

Діагностическія затрудненія могутъ встрѣтиться: во 1-хъ, въ періодѣ предвѣстниковъ, во 2-хъ, въ началѣ высыпанія и въ 3-хъ, въ случаяхъ легкой кори.

Въ самомъ началѣ періода предвѣстниковъ, когда у больного лихорадка, кашель и насморкъ, корь легко принять за гриппъ. Но на 2-й или, по крайней мѣрѣ, на 3-й день дифференціальная діагностика въ большинствѣ случаевъ уже возможна, на основаніи присутствія продромальной сыпи въ зѣвѣ. Если этой сыпи еще нѣтъ, то въ пользу кори можетъ говорить, кромѣ характера эпидеміи, значительное паденіе температуры на 2-й день, болѣе выраженный конъюнктивитъ и частое чиханье.

Въ началѣ высыпанія корь всего легче смѣшать съ оспой. Въ обыкновенныхъ случаяхъ, т. е. въ громадномъ большинствѣ, діагностика не трудна; она основывается на продромальной сыпи мягкаго неба и на рѣзко выраженныхъ катарральныхъ явленіяхъ, да и самая сыпь имѣетъ болѣе пятнистый, чѣмъ папулезный характеръ.

Особенныя затрудненія для распознаванія представляютъ случаи, такъ называемой, папулезной кори съ запоздалымъ появленіемъ катарральныхъ симптомовъ, причемъ можетъ отсутствовать и продромальная сыпь. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится отложить діагностику до слѣдующаго дня. Въ подобныхъ, сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ принимать во вниманіе слѣдующія соображенія: сыпь при оспѣ высыпаетъ медленнѣе и не такъ густо, какъ при кори, а потому *если на первый день высыпанія, на лицѣ такъ много папулъ, что ихъ трудно сосчитать*, то это говоритъ въ пользу кори. Если сыпь занимаетъ не только лицо, но и туловище, то въ этомъ періодѣ болѣзни (minimum 2-й день высыпанія) для діагностики важны слѣдующія обстоятельства; 1) сыпь на животѣ при кори не менѣе обильна, чѣмъ на груди, при оспѣ животъ почти свободенъ отъ сыпи; 2) если сыпь при оспѣ заняла ужъ туловище, то на лицѣ кое-гдѣ можно найти небольшіе пузырьки, такъ что исключительно папулезный характеръ *обильной* сыпи сильно говоритъ въ пользу кори; 3) папулы при оспѣ на 2-й и 3-й день высыпанія еще не имѣютъ крас-

наго фона, а при кори этотъ фонъ обыкновенно бываетъ, если не около всѣхъ, то, по крайней мѣрѣ, хоть около нѣкоторыхъ папулъ, а потому получается неравномѣрная величина сыпи при кори; 4) коревая папула ярче окрашена, она интензивно краснаго цвѣта, а оспенная папула блѣднорозоваго; 5) лихорадка во время высыпанія коревой сыпи непремѣнно усиливается (она выше, чѣмъ была наканунѣ), а при оспѣ начинаетъ спадать; 6) оспенная сыпь оказываетъ особое предпочтеніе къ тылу кистей и пальцевъ, такъ что здѣсь она высыпаетъ почти одновременно какъ и на лицѣ и во всякомъ случаѣ прежде, чѣмъ на плечахъ и предплечьяхъ; а при кори она спускается по рукамъ постепенно и на предплечьяхъ бываетъ гуще чѣмъ на кистяхъ. Носовое кровотеченіе въ началѣ высыпанія скорѣе говоритъ въ пользу кори.

Объ отличіяхъ кори отъ сыпного тифа см. 1-й вып., стр. 172. Здѣсь замѣчу только, что гораздо чаще бываютъ затрудненія при тифѣ, чѣмъ при кори, т. е. я хочу сказать, что легче принять сыпной тифъ за корь, нежели наоборотъ.

Объ отличіи кори отъ скарлатины см. предыдущую главу. Сливную корь не легко смѣшать съ скарлатиной, такъ какъ сыпь сливная на всемъ тѣлѣ при кори встрѣчается лишь въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ; обыкновенно-же на ногахъ или на туловищѣ (животѣ и груди) остается много мѣстъ, представляющихъ обыкновенный характеръ коревой сыпи.

Кромѣ того при діагностикѣ сливной кори можно руководствоваться и тѣмъ, что сплошная краснота при кори бываетъ равномѣрная, а при скарлатинѣ точечная, мраморная.

Barthez и Rilliet (l. c., стр. 323, т. III), указываютъ на возможность смѣшенія кори съ крапивницей, именно въ случаяхъ появленія вмѣстѣ съ коревой сыпью волдырей urticariae. Хотя такая комбинація встрѣчается рѣдко, но имѣть ее въ виду все-таки слѣдуетъ.

Легкая корь, протекающая почти безъ сыпи или съ незначительными катаррами, хотя-бы и съ сыпью, или совсѣмъ не можетъ быть узнана (если не извѣстенъ источникъ зараженія), или принимается за краснуху, рѣчь о которой въ слѣдующей главѣ. Главное основаніе для діагностики—характеръ эпидеміи.

Лѣченіе.

Предохранительное лѣченіе кори, состоящее въ изоляціи заболѣвшихъ отъ здоровыхъ, на практикѣ, въ силу вышесказанныхъ соображеній, рѣдко примѣняется, а если иногда и пускается въ дѣло, то рѣдко ведетъ къ цѣли, такъ какъ заразительность кори рѣзко проявляется уже въ періодѣ предвѣстниковъ, тогда какъ изоляція можетъ быть предпринята только послѣ высыпанія, т. е. слишкомъ поздно. Въ виду того, что воспріимчивость къ кори съ возрастомъ не исчезаетъ, а между тѣмъ послѣ 5 лѣтъ болѣзнь эта можетъ считаться безопасной, то въ большинствѣ случаевъ, врачу не представляется достаточныхъ основаній рекомендовать изоляцію больныхъ; выгоднѣе перенести корь въ дѣтствѣ, чѣмъ въ гимназическомъ или въ взросломъ возрастѣ. Отдѣлять нужно только тѣхъ дѣтей, для которыхъ корь можетъ считаться опасной болѣзнью, т. е., во 1-хъ, всѣхъ дѣтей въ возрастѣ до 4 и особенно до 2-хъ лѣтъ; во 2-хъ, дѣтей часто страдающихъ бронхитами и при томъ золотушныхъ, у которыхъ, слѣдовательно, можно предполагать пораженіе бронхіальныхъ железъ, и въ 3-хъ, наконецъ—дѣтей съ туберкулезнымъ пораженіемъ костей и вообще наклонныхъ къ туберкулезу. Вопросъ о посѣщеніи школъ братьями и сестрами коревыхъ больныхъ рѣшается различно, хотя раціональный отвѣтъ можетъ быть только одинъ: такъ какъ корь заносится въ училища дѣтьми, находящимися въ состояніи періода предвѣстниковъ или въ послѣдніе дни скрытаго періода, когда нѣтъ еще лихорадки, то, конечно, въ видахъ прекращенія школьной эпидеміи, полезно запрещать посѣщеніе школъ братьями и сестрами заболѣвшихъ. Труднѣе отвѣтить на вопросъ, какъ долго не долженъ ходить въ школу самъ больной и его братья? По новому циркуляру Министер. внутр. дѣлъ, самъ больной можетъ явиться въ классъ не ранѣе 3-хъ недѣль, если нѣтъ слѣдовъ шелушенія или кашля, а его братья и сестры, до 2-хъ недѣль. Если здоровые братья и сестры

были отдѣлены отъ больного въ другой домъ, то они могутъ начать посѣщать школу по прошествіи 14 дней, такъ какъ въ случаѣ, если они успѣли заразиться до изоляціи, то въ эти 14 дней скрытый періодъ кори уже истекъ бы.

Что касается до дезинфекціи комнаты, то ядъ кори не на столько страшенъ и не такъ стоекъ, чтобъ нужно было предпринимать строгое обеззараживаніе стѣнъ и мебели; достаточно двухъ-трехдневнаго провѣтриванія.

Лѣченіе собственно кори можетъ быть только симптоматическимъ. Для избѣжанія простуды и могущихъ произойти оттого осложненій, больной долженъ лежать въ постели до полнаго прекращенія кашля, т. е. въ нормальныхъ случаяхъ недѣли 2; комната не должна быть прохладнѣе 15°, но и не выше 16° R. При болѣе низкой температурѣ, кашель безпокоитъ больныхъ больше. Въ виду конъюнктивита, комната должна быть нѣсколько затемнѣна, но не чрезмѣрно, а лишь настолько, чтобъ больной не чувствовалъ-бы свѣтобоязни; въ обыкновенныхъ случаяхъ достаточно тонкихъ зеленыхъ занавѣсокъ или даже бѣлыхъ, но въ послѣднемъ случаѣ больной долженъ лежать головой къ окнамъ. Одѣвать больного слѣдуетъ настолько тепло, чтобъ ему было пріятно, но укутывать его до появленія пота, какъ это часто практикуется матерями, положительно вредно, такъ какъ въ такомъ случаѣ малѣйшее охлажденіе усиливаетъ кашель. Нерѣдко удается замѣтить, что кашель облегчается при тепломъ содержаніи груди и ногъ, а потому полезно надѣвать на коревого больного вязаную, легкую, шерстяную фуфайку, а на ноги — тонкіе шерстяные носки.

Комната, въ которой сильно дуетъ отъ оконъ или изъ полу опасна для коревыхъ больныхъ, такъ же какъ и вѣтеръ при вентиляціи черезъ форточки. На время очищенія комнатнаго воздуха, больного слѣдуетъ выносить въ другую комнату. Діэта—изъ молока, бѣлаго хлѣба, яицъ въ смятку—смотря по аппетиту, но мяса въ періодѣ жара слѣдуетъ избѣгать. Въ виду наклонности кори осложняться поносомъ, особенно у маленькихъ дѣтей, слѣдуетъ строго запрещать всякаго рода тяжелыя кушанья, каковы, напр., пироги, закуски и фрукты.

Для питья—сельтерская вода одна или съ молокомъ, въ подогрѣтомъ видѣ, но только не при поносѣ; тогда лучше давать теплый чай или просто воду. Въ случаѣ запора—клистиры, а не слабительныя. Изъ лѣкарствъ при нормальной кори приходится употреблять только средства противъ кашля: по возможности обильное, тепловатое питье и наркотическія, въ видѣ Доверова порошка или морфія, въ маленькихъ дозахъ, 2—3 раза въ день, напр., Доверовъ порошокъ по $^1/_2$ до 1 гр. на годъ pro die; (Rp. Pulv. Doveri gr. vjjj. Sacch. alb. ʒβ. M. f. pulv. Div. in p. aeq. № 8. DS. 2—3 порошка въ день—ребенку 4—6 лѣтъ) или по 2 капли на годъ 2 раза въ день слѣдующаго раствора морфія: Rp. Morph. acet. gr. j. Aq. dest. ℥ j. DS. По 8 капель 2 раза въ день, ребенку 4-хъ лѣтъ. Если послѣ нѣсколькихъ пріемовъ того или другого средства ребенокъ дѣлается сонливъ, то слѣдуетъ пріостановиться съ наркотическими. Дѣтямъ до года, безъ особой нужды, лучше не давать ни опія, ни морфія, такъ какъ въ этомъ возрастѣ narcotica оказываютъ иногда несоразмѣрно сильное дѣйствіе; въ случаяхъ средней силы кашля, болѣе подходящимъ оказывается лавровишневая вода, напр : Rr. Natri bicarbon. gr. vjjj. Aq. dest. ℥ jj. Aq. lauroceras. gutt x. Syr. ipecac. ʒ jj. DS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ.

При сухомъ кашлѣ, кромѣ того, полезны щелочныя минеральныя воды—Селезская,—Обельзальцбрунъ, Эмсъ-Кренхенъ и др. или отхаркивающія, каковы Apomorph. muriat. cryst. Ammon. muriat. и др. (См. 1-й вып., стр. 85).

При значительномъ количествѣ влажныхъ хриповъ, narcotica противопоказуются; умѣстнѣе Senega и liq. ammon. anis. (Rp. Inf. rad. pol. senegae ex ϶ j ad ℥ jj liq. ammon. anis. gtt xv syr. simpl. ʒ jj. DS. По чайной или десер. ложкѣ черезъ 2 часа ребенку 2—4 лѣтъ). Если, не смотря на то, хрипы получаютъ мелкопузырчатый характеръ, больной дышетъ часто и поверхностно, съ раздуваніемъ ноздрей и съ втягиваніемъ мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы, особенно если дыханіе на столько затруднено, что появляются признаки отравленія углекислотой, въ видѣ общей слабости, сонливости и легкаго ціаноза, то показано рвотное, напр., Rp. Cupri sulphurici

gr. jjj—vj. Aq. dest. ℥ jj. DS. По чайной — десертной ложкѣ черезъ 10 минутъ до появленія рвоты, для ребенка 2—6 лѣтъ; или Rp. Tart. emetici gr. j. Puv. rad. ipecc. ϶j. Aq. destill. ℥ j. Oxym. scyl. ℥β. DS. Черезъ 10 минутъ по чайной или десертной ложкѣ. Тѣ же отхаркивающія (при сухомъ кашлѣ narcotica; при обиліи хриповъ Senega и Ammon.) употребляются и при коревой пнеймоніи и кромѣ того согрѣвающій компрессъ вокругъ всей грудной клѣтки; показаніемъ для компрессовъ служитъ боль въ груди, напр., при кашлѣ, и затрудненное дыханіе. Компрессы можно дѣлать или изъ холодной воды или настолько горячей, чтобъ только не обжечь кожу. Bartels, а потомъ Ziemssen и Krabler горячо рекомендовали при коревыхъ пнеймоніяхъ употребленіе холодныхъ компрессовъ. Насчетъ этого метода лѣченія я не имѣю опытности, но во всякомъ случаѣ, у больныхъ слабыхъ, съ частымъ и малымъ пульсомъ, также у маленькихъ дѣтей, употребленіе холода требуетъ большой осторожности, въ виду возможности наступленія колляпса, на что указываютъ сами же Bartels и Ziemssen.

Кромѣ названныхъ средствъ, при всякомъ капиллярномъ бронхитѣ, равно какъ и при катарральной пнеймоніи, всегда есть показанія для возбуждающихъ, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ надо поставить хорошее вино (по $^1/_2$ чайной до десертной ложки портвейна 4—6 разъ въ день, смотря по возрасту), далѣе слѣдуетъ валерьяна, камфора и др.

При ларингитѣ—какъ перваго періода кори, такъ и второго — всего полезнѣе паровыя вдыханія посредствомъ парового пульверизатора или просто помощью губки, смоченной кипяткомъ. Если есть подъ руками пульверизаторъ, то вдыханіе паровъ полезно комбинировать съ пульверизаціей 2% раствора соды или салициловаго натра. Снаружи на шею кладется согрѣвающій компресъ, а внутрь назначаютъ щелочныя воды и обильное теплое питье.

При катаррѣ кишекъ—если испражненія имѣютъ слизистый характеръ и актъ дефекаціи сопровождается болями живота или тенезмами, то всего лучше начинать лѣченіе касторовымъ масломъ и потомъ давать опій; если-же испражненія

водянисты, то прямо съ опія, который вмѣстѣ съ тѣмъ удовлетворяетъ и показанію со стороны кашля.

При stomace—полосканіе изъ 2% раствора Kali chlor. При переходѣ этого страданія въ ному, присыпка гангренознаго мѣста слизистой оболочки порошкомъ бертолетовой соли, а если гангрена всетаки распространяется, то прижиганіе азотной кислотой или каленымъ железомъ.

Врачу часто приходится отвѣчать на вопросъ, когда можно выпустить больного на воздухъ и когда можно сдѣлать ванну.

Само собою разумѣется, что лѣтомъ можно выпустить больного раньше, зимой—позднѣе. Лѣтомъ больной долженъ лежать въ постели, пока у него есть лихорадочное состояніе, сухой кашель и свѣтобоязнь. Въ большинствѣ случаевъ, кашель разрѣшается въ срединѣ или въ концѣ второй недѣли, въ это время, среди дня, больной можетъ выходить уже на воздухъ. Зимой же надо ждать полнаго прекращенія кашля и посидѣть еще нѣсколько дней дома, когда кашель ужъ кончился, такъ что въ легкихъ случаяхъ дѣти остаются въ комнатѣ недѣли 3, а въ болѣе тяжелыхъ до 4-хъ недѣль и даже больше.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ КРАСНУХА—RUBEOLA s. ROSEOLA EPIDEMICA.

Подъ именемъ краснухи мы понимаемъ самостоятельную, острую, инфекціонную и заразительную болѣзнь, которая характеризуется появленіемъ на кожѣ мелко - пятнистой, кореподобной сыпи, и катаррами слизистыхъ оболочекъ первыхъ воздухоносныхъ путей, но отличается отъ кори постоянно легкимъ теченіемъ, а главнымъ образомъ, особенностями своего контагія.

Особенность контагія краснухи состоитъ въ томъ, во 1-хъ, что онъ всегда производитъ лишь легкое заболѣваніе, по симптомамъ похожее на абортивную корь, изъ каковыхъ состоятъ цѣлыя эпидеміи краснухи, тогда какъ при настоящей кори, какъ бы ни была легка эпидемія ея, все же рядомъ съ очень легкими случаями встрѣчается и типическая корь средней силы.

Во 2-хъ, самостоятельность контагія краснухи выражается въ томъ, что эта легкая болѣзнь поражаетъ безразлично какъ дѣтей, не имѣвшихъ кори, такъ и тѣхъ что перенесли уже ее. Краснуха отличается отъ абортивной кори тѣмъ, что первая не предохраняетъ даннаго субъекта отъ кори, но застраховываетъ отъ кроснухи и наоборотъ—корь не застраховываетъ отъ краснухи, но предохраняетъ отъ повторенія кори.

Эпидеміи краснухи встрѣчаются значительно рѣже эпидемій кори (эта болѣзнь не столь обязательная, какъ корь) и такъ какъ воспріимчивость къ ней съ возрастомъ не исчезаетъ, то нерѣдко заболѣваютъ и взрослые, хотя все таки много рѣже, чѣмъ дѣти.

Скрытый періодъ при краснухѣ въ точности не опредѣленъ; по отзывамъ авторовъ онъ колеблется отъ 15 дней до 3 недѣль; съ увѣренностью можно только сказать, что онъ не такъ строго постояненъ какъ при кори.

По симптомамъ эта болѣзнь, какъ уже сказано, очень похожа на обортивную или легкую корь, такъ что въ отдѣльномъ, спорадическомъ случаѣ, врачъ, даже и опытный, подчасъ затруднится рѣшить, имѣетъ-ли онъ передъ собой ту или другую болѣзнь.

Самымъ постояннымъ и главнымъ симптомомъ краснухи слѣдуетъ считать сыпь, такъ какъ лихорадочное состояніе и въ особенности катарральныя явленія нерѣдко отсутствуютъ.

Сыпь имѣетъ характеръ коревой сыпи, т. е. она представляется въ формѣ красныхъ, едва возвышенныхъ пятнышекъ, величиной отъ головки булавки до чечевицы или нѣсколько больше, высыпающихъ какъ и корь прежде всего на лицѣ, а потомъ и на всемъ туловищѣ и конечностяхъ. Отъ нормальной коревой сыпи краснуха отличается болѣе блѣдной окраской (блѣдно-розовая при краснухѣ, ярко-красная при кори) и бо̀льшею гладкостью, т. е. почти полнымъ отсутствіемъ центральныхъ папулъ. Высыпаніе сыпи краснухи совершается быстро, оно оканчивается въ нѣсколько часовъ или въ однѣ сутки, тогда какъ при кори для этого требуется два—три дня. Иногда, впрочемъ, и при краснухѣ высыпаніе идетъ постепенно сверху внизъ въ теченіе трехъ дней, такъ что̀ на лицѣ она уже почти исчезла, тогда какъ на конечностяхъ находится въ полномъ разгарѣ. Такое разновременное цвѣтеніе сыпи на разныхъ мѣстахъ считается нѣкоторыми за вѣрный признакъ краснухи, хотя и не основательно, такъ какъ нѣчто подобное часто встрѣчается и при кори. Сыпь при краснухѣ можетъ быть очень обильной, но всегда она остается блѣдно-розовой и это-то *обиліе сыпи, при слабой окраскѣ ея и при отсутствіи* или при незначительности *лихорадочнаго состоянія очень характерестично для краснухи*, такъ какъ при кори, чѣмъ обильнѣе сыпь, тѣмъ она краснѣе и тѣмъ сильнѣе лихорадка и явленія катарра.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, но далеко не всегда, высыпаніе краснухи сопровождается легкимъ зудомъ.

Пораженіе слизистыхъ оболочекъ при краснухѣ никогда не бываетъ такъ рѣзко выражено, какъ при кори и все дѣло ограничивается легкимъ насморкомъ и небольшимъ кашлемъ, но во многихъ случаяхъ (по Trousseau—никогда) не бываетъ и этого. Что касается до сыпи на мягкомъ небѣ и вообще на слизистыхъ оболочкахъ, доступныхъ осмотру, то несомнѣнно, что иногда она встрѣчается здѣсь, хотя нѣкоторые авторы и отрицаютъ ея существованіе.

Лихорадочное состояніе бываетъ тоже невсегда; гдѣ оно есть, тамъ повышеніе температуры обыкновенно не идетъ далѣе 38,5 и держится отъ 1 до 3 дней. Продолжительной *продромальной лихорадки не бываетъ*, такъ какъ сыпь въ большинствѣ случаевъ появляется черезъ нѣсколько часовъ послѣ начала лихорадки.

Со стороны другихъ органовъ никакихъ явленій не бываетъ, за исключеніемъ лишь незначительной припухлости шейныхъ лимфатическихъ железъ. Теченіе краснухи не представляетъ разнообразій. Въ большинствѣ случаевъ послѣ легкаго нездоровья, въ видѣ головной боли, вялости и общаго недомоганія, причемъ температура подымается до 38°—38,5°—39° черезъ нѣсколько часовъ появляется сыпь на лицѣ, быстро распространяющаяся на все тѣло; одновременно съ высыпью, или за нѣсколько часовъ до нея, появляются легкія катарральныя симптомы со стороны глазъ и носа, а также зѣва и дыхательнаго горла и въ такомъ состояніи больной остается 2—3 дня и потомъ быстро выздоравливаетъ. Послѣ исчезанія сыпи шелушенія не остается. Въ болѣе легкихъ случаяхъ не бываетъ ни лихорадки, ни катарральныхъ явленій, а только одна сыпь болѣе или менѣе распространенная, иногда довольно частая, въ другихъ случаяхъ очень рѣдкая или ограниченная небольшимъ пространствомъ, напр., лицомъ и верхней частью туловища.

Ни къ какимъ осложненіямъ или къ послѣдовательнымъ болѣзнямъ краснуха не ведетъ.

Діагностика представляетъ затрудненія только въ началѣ эпидеміи или въ отдѣльныхъ случаяхъ; въ разгарѣ эпидеміи распознаваніе не трудно, такъ какъ краснуха похожа только

на корь, а эпидемія кори никогда не состоитъ изъ такихъ сплошь легкихъ случаевъ. Первые случаи краснухи могутъ быть приняты за легкую корь. Въ пользу краснухи говоритъ блѣдно-розовый цвѣтъ сыпи, почти полное безлихорадочное состояніе при обильной высыпи и еще то обстоятельство, что сыпь при краснухѣ почти никогда не сливается въ крупныя пятна, что такъ обычно для кори.

Далѣе при діагностикѣ отдѣльныхъ случаевъ эпидемической краснухи надо имѣть въ виду краснуху не инфекціоннаго происхожденія и незаразительную. Этіологія такой краснухи не совсѣмъ ясна; сюда относятся различнаго происхожденія сыпи, состоящія изъ красноватыхъ пятнышекъ, величиной отъ чечевицы до ногтя, кругловатой или овальной формы, исчезающихъ при давленіи пальцемъ. Такого рода сыпи, извѣстныя подъ именемъ краснухи или розеолы, всегда являются спутникомъ какой-нибудь другой болѣзни, лихорадочной или безлихорадочной; въ особенности у маленькихъ дѣтей; такъ она встрѣчается при лихорадкѣ въ теченіе катарровъ или воспаленій дыхательныхъ органовъ, при неопредѣленныхъ, такъ называемыхъ, ревматическихъ или гастрическихъ лихорадкахъ, въ періодѣ предвѣстниковъ оспы и проч. Всѣ эти симптоматическія краснухи отличаются отъ эпидемической краснухи тѣмъ, что лихорадка при нихъ обладаетъ полной самостоятельностью, а сыпь является случайнымъ, кратковременнымъ феноменомъ.

Въ другихъ случаяхъ розеола является результатомъ дѣйствія различныхъ лѣкарствъ, напр., хинина, опія, морфія, скипидара и др. и исчезаетъ по прекращеніи пріемовъ средства.

Наконецъ слѣдуетъ упомянуть еще о потовой сыпи, которая особенно часто встрѣчается у маленькихъ дѣтей, то въ видѣ скарлатиноподобной красноты, то въ формѣ пятнистой эритемы, похожей на корь.

Предсказаніе всегда хорошее; изъ всѣхъ сыпныхъ горячекъ краснуха самая легкая болѣзнь; она никогда не ведетъ за собой никакихъ осложненій и потому совершенно безопасна и *лѣченія* по этому никакого не требуетъ. Больной можетъ выходить на воздухъ на другой-же день по окончаніи лихорадки.

ОСПА.—VARIOLA.

Оспой называется острая, заразительная, лихорадочная болѣзнь, характеризующаяся появленіемъ на кожѣ многочисленныхъ папулъ, переходящихъ потомъ въ пузырьки и въ пустулы. Оспа принадлежитъ къ числу довольно рѣдкихъ дѣтскихъ болѣзней, такъ что Henoch, напр., на этомъ основаніи даже не описываетъ ее въ своемъ руководствѣ; (съ тѣхъ поръ какъ онъ завѣдуетъ дѣтской клиникой, т. е. съ 1872 года, онъ въ своемъ отдѣленіи не видалъ ни одного случая оспы, ни легкой, ни тяжелой)! а Baginsky говоритъ только о видоизмѣненной оспѣ; особенно рѣдко встрѣчается она среди дѣтей состоятельнаго класса, такъ что я, напр., въ теченіе своей 13-и лѣтней дѣятельности практическаго врача, припоминаю всего 4 случая оспы изъ частной практики, тогда какъ корь и скарлатина встрѣчаются чуть не десятками. Если принять во вниманіе, что врожденная воспріимчивость къ оспѣ въ дѣтскомъ возрастѣ нисколько не меньше, чѣмъ у взрослыхъ и что въ прошломъ столѣтіи и въ началѣ нынѣшняго дѣтская смертность отъ оспы была наибольшей, то для объясненія сравнительной малой болѣзненности оспой современныхъ дѣтей мы должны признать, что *дѣти рѣдко заболѣваютъ оспой потому, что враждененная воспріимчивость къ этой болѣзни у нихъ искусственно подавлена посредствомъ оспопрививанія.* Выводъ этотъ стоитъ въ наукѣ такъ прочно, что его не могутъ поколебать никакіе нападки на оспопрививаніе со стороны его противниковъ, которыхъ, впрочемъ, очень мало.

Сущность оспеннаго контагія намъ неизвѣстна, но мы знакомы съ нѣкоторыми изъ его свойствъ. Мы знаемъ, напр., что онъ содержится главнымъ образомъ въ оспенныхъ пузырькахъ и что онъ можетъ передаваться отъ больного здоровому, какъ черезъ воздухъ, такъ и посредствомъ прививки. Это послѣднее свойство, т. е. способность передаваться прививкой, имѣетъ особое значеніе, такъ какъ этимъ способомъ можно передать оспу не только отъ человѣка человѣку, но даже и различнымъ животнымъ, а отъ нихъ опять человѣку; способность прививаться присуща всѣмъ видамъ оспы, какъ самой тяжелой, такъ и самой легкой. Этой-то хорошей прививаемостью легкая оспа между прочимъ рѣзко отличается отъ сходной съ ней болѣзни, но совершенно отличной отъ нея по свойству контагія, именно отъ вѣтреной оспы, которая прививкой не передается, хотя легко заражаетъ черезъ воздухъ.

Посредствомъ прививки было доказано, что всего больше яда содержится въ оспенной лимфѣ передъ началомъ нагноенія, гораздо меньше въ крови и, какъ кажется, совсѣмъ нѣтъ въ секретахъ (молоко, слюна и др.). Въ это-же время, т. е. передъ нагноеніемъ, больной всего сильнѣе заражаетъ и черезъ воздухъ. Ядъ, выдѣляемый больнымъ, осаждается изъ воздуха на окружающіе больного предметы и въ такомъ видѣ можетъ сохраняться неопредѣленное, но во всякомъ случаѣ довольно долгое время и такимъ образомъ передаваться черезъ вещи или третьимъ лицомъ, остающимся здоровымъ; понятно, что ядъ остается и на стѣнахъ помѣщенія, въ которомъ лежалъ больной, и потому комната послѣ оспеннаго должна быть подвергнута самой надежной дезинфекціи.

Съ какого момента оспенный больной начинаетъ распространять заразу—трудно сказать, но есть указанія, что больной может служить источникомъ зараженія даже ужъ и въ скрытомъ періодѣ оспы, какъ это было, напр., въ слѣдующемъ случаѣ Schaper'a.

Въ Charité поступила женщина съ раздробленнымъ предплечьемъ, которое и было ампутировано; такъ какъ женщина эта за нѣсколько часовъ передъ тѣмъ была совершенно здорова, то кожей ампутированной конечности воспол-

зовались для трансплантаціи на язвы четыремъ больнымъ. Черезъ нѣсколько дней послѣ ампутаціи женщина заболѣла оспой и умерла; на 6-й день послѣ пересадки кожи одинъ изъ четырехъ паціентовъ заболѣлъ легкой оспой; у двухъ другихъ на 7-й день появилась рвота, знобъ и жаръ, но сыпи не было (variola sine exanth.) и только одинъ четвертый остался вполнѣ здоровымъ.

Другой вопросъ — какъ долго продолжается заразительный періодъ при оспѣ — рѣшается легче. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что контагій сохраняется и въ оспенныхъ коркахъ, а потому больного надо считать заразительнымъ до тѣхъ поръ, пока не отвалятся всѣ корки.

Мать, больная оспой, можетъ передать заразу утробному плоду, что, впрочемъ, встрѣчается все-таки рѣдко; а еще рѣже бываетъ внутриутробное зараженіе плода, когда мать остается здоровой, но имѣетъ сообщеніе съ оспенными больными. Передается-ли въ подобныхъ случаяхъ контагій прямо черезъ плацентарное кровообращеніе, или мать тоже заболѣваетъ, но только оспой безъ сыпи (мнѣніе Curschmann'а), это остается пока невыясненнымъ. Замѣчательно, что при беременности двойнями, при двухъ отдѣльныхъ послѣдахъ, иногда заболѣваетъ только одинъ ребенокъ.

Ребенокъ, заразившійся въ утробѣ, хотя и можетъ благополучно перенести оспу и родиться живымъ, съ слѣдами оспы, но большею частью онъ умираетъ еще въ маткѣ и происходитъ выкидышъ. Если ребенокъ родился отъ оспенной матери на видъ здоровымъ, но уже зараженнымъ, то спасти его отъ оспы нельзя ни вакцинаціей, ни отдѣленіемъ его въ другое помѣщеніе.

По поводу двухъ случаевъ Thursfild'а, въ которыхъ матери, больныя оспой, сами кормили своихъ дѣтей (не новорожденныхъ, а нѣсколько недѣль отъ роду) и послѣднія не заразились, Ritter замѣчаетъ (Oest. Jahrb. f. Paed. 72. II), что маленькія дѣти заражаются оспой отъ матери только въ томъ случаѣ, если она заболѣла во время беременности, если-же мать заразилась оспой послѣ родовъ, то ребенокъ остается обыкновенно здоровымъ даже и въ томъ случаѣ, если въ первые дни болѣзни сосетъ грудь больной матери, такъ какъ, по его наблюденіямъ, сдѣланнымъ въ Пражскомъ воспит. домѣ, дѣти въ первые мѣсяцы жизни очень мало воспріимчивы къ оспѣ.

Воспріимчивость къ оспѣ распространена между людьми также сильно, какъ и къ кори; врожденная невоспріимчивость встрѣчается приблизительно у 3—5%, такъ какъ въ прош-

ломъ столѣтіи, когда инокуляція оспы практиковалась въ большомъ размѣрѣ, прививка не удавалась приблизительно у 5-ти изъ ста. Послѣ разъ перенесенной оспы или послѣ вакцинаціи воспріимчивость къ оспѣ исчезаетъ; въ первомъ случаѣ у громаднаго большинства на всю жизнь, а послѣ вакцинаціи, по крайней мѣрѣ, на нѣсколько лѣтъ. Двукратное или многократное заболѣваніе оспой принадлежитъ къ большимъ рѣдкостямъ.

Какъ на курьезъ, укажемъ на случай, упоминаемый Montefusco (Revue mensuelle des maladies de l'enf. oct. 1886, p. 475): женщина, 60-ти лѣтъ, перенесла оспу въ своей жизни 7 разъ и притомъ всегда сливную и умерла черезъ 3 мѣсяца послѣ послѣдняго заболѣванія. Второе заболѣваніе оспой наступаетъ послѣ перваго черезъ различные промежутки времени отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до многихъ лѣтъ.

Случаи, приводимые Montefusco въ доказательство того, что второе заболѣваніе оспой наступаетъ иногда черезъ нѣсколько дней послѣ перваго, мало убѣдительны, такъ какъ по легкости теченія и по пузырчатой формѣ сыпи они скорѣе подходятъ къ вѣтреной оспѣ, чѣмъ къ настоящей.

Анатомо-патологическія измѣненія.

Первоначальная оспенная папула образуется на кожѣ вслѣдствіе набуханія клѣтокъ мальпигіева слоя, которыя теряютъ при этомъ ядра и превращаются въ непрозрачныя, неправильныя глыбки, сильно преломляющія свѣтъ (ограниченное паренхиматозное воспаленіе эпидермиса — по Rindfleisch'у, или дифтероидное перерожденіе—по Weigert'у; онъ находитъ, что перерожденіе клѣтокъ Мальпигіева слоя при оспѣ сопряжено съ окончательнымъ отживаніемъ клѣтокъ и напоминаетъ перерожденіе эпителія, описанное Wagner'омъ при дифтеріи). Оспенная папула образуется, слѣдовательно, не подъ эпидермисомъ, а въ немъ самомъ, въ его среднемъ слоѣ; въ сосочковомъ слоѣ кожи наблюдается въ это время только ограниченная гиперемія. По мѣрѣ увеличенія оспинки,

она уплощается и получаетъ центральное вдавленіе, происхожденіе котораго еще недостаточно выяснено.

По мнѣнію Rindfleisch'а, оно происходитъ вслѣдствіе стремленія всякаго маленькаго участка Мальпигіевой сѣти принять полушарообразную форму, съ выпуклостью книзу, если онъ подвергается измѣненію съ увеличеніемъ объема (при образованіи мозоли, напр.); по мнѣнію R., роговой слой кожицы оказываетъ большее сопротивленіе, чѣмъ сосочковый слой кожи, а потому послѣдній и уплощается подъ вліяніемъ давленія со стороны набухающаго слоя эпидермиса, въ итогѣ чего получается ложбинка—пупокъ.

При дальнѣйшемъ ходѣ процесса папула превращается въ пузырекъ и потомъ въ пустулу. Полость оспеннаго пузырька раздѣлена перегородками на нѣсколько камеръ, такъ что однимъ уколомъ опорожнить его нельзя.

По Rindfleisch'у дѣло начинается съ серозной инфильтраціи самого эпидермиса; прозрачная жидкость, проникающая со стороны сосочковъ, инфильтруетъ клѣтки слизистаго слоя эпидермиса такимъ образомъ, что клѣтки эти превращаются въ пузыри. Такому измѣненію подвергается приблизительно $1/3$ всѣхъ клѣтокъ слизистаго слоя, вслѣдствіе чего папула, превратившаяся въ пузырекъ, оказывается пронизанной вакуолами, раздѣленными перегородками. Но эта многокамерность замѣчается не во всей оспинкѣ, а только въ верхней ея части

По мнѣнію Weigert'а и др., прозрачная жидкость, выдѣляющаяся изъ сосудовъ сосочковаго слоя, проникаетъ не въ самыя клѣтки, а въ промежутки между ними и раздвигаетъ ихъ, вслѣдствіе чего и образуются маленькія полости, раздѣленныя перегородками. По мѣрѣ того, какъ папула превращается въ пузырекъ, эпителіальные элементы, лежащіе вокругъ узелка, подвергаются дифтероидному перерожденію. Центральное вдавленіе (пупокъ), по мнѣнію W., образуется вслѣдствіе того, что увеличеніе объема оспинки происходитъ главнымъ образомъ въ периферическихъ частяхъ, тогда какъ омертвѣвшая центральная часть превращается какъ бы въ шнуръ, соединяющій крышку пузырька съ его основаніемъ

Содержимое пузырька сначала имѣетъ видъ прозрачной лимфы, которая потомъ мутится отъ примѣси лимфоидныхъ элементовъ и въ концѣ концовъ превращается въ гной. Въ легкихъ случаяхъ оспы процессъ остается поверхностнымъ, а въ тяжелыхъ—нагноеніе распространяется и на сосочковый слой кожи, который разрушается, и образовавшаяся язвочка заживаетъ потомъ характернымъ рубцомъ.

Послѣ кожи вторымъ главнѣйшимъ мѣстомъ локализаціи оспы служатъ слизистыя оболочки, доступныя воздуху. Степень измѣненія ихъ, вообще говоря, пропорціональна силѣ

высыпи на кожѣ. Пустулы всего чаще встрѣчаются въ зѣвѣ, а также во рту, гортани, трахеѣ и крупныхъ бронхахъ; въ пищеводѣ оспенная сыпь обыкновенно не идетъ дальше верхней трети его; въ прямой кишкѣ она занимаетъ только самый нижній ея отрѣзокъ; въ женскихъ половыхъ органахъ она распространяется на малыя губы и vaginam. Чѣмъ обильнѣе сыпь на слизистыхъ оболочкахъ, тѣмъ скорѣе присоединяются къ ней неспецифическіе воспалительные процессы, въ формѣ катарральнаго или дифтеритическаго.

Само собою разумѣется, что какъ при скарлатинѣ, такъ и здѣсь присутствіе дифтеритическаго экссудата, конечно, не доказываетъ зараженія оспеннаго больного ядомъ дифтеріи

Обычными спутниками тяжелой оспы являются, далѣе, воспаленія серозныхъ оболочекъ (всего чаще плевры) и легкихъ (катарральная и крупозная пнеймоніи), а также жировое перерожденіе паренхиматозныхъ органовъ: печени, селезенки, сердца, почекъ.

По Klebs'у и Ponfick'у, ни одна изъ острыхъ сыпныхъ болѣзней не вызываетъ такого значительнаго паренхиматознаго перерожденія внутреннихъ органовъ, какъ variola pustulosa. Замѣчательно, однако, что въ самыхъ злокачественныхъ случаяхъ оспы, при т. наз. purpura variolosa, паренхиматозныя измѣненія бываютъ выражены не рѣзко, и даже селезенка оказывается не увеличенной и плотной (Zülzer). Главнѣйшія измѣненія сводятся при ней къ геморрагіямъ въ кожѣ и почти во всѣхъ внутреннихъ органахъ, а въ особенности на слизистой оболочкѣ дыхательныхъ органовъ, въ легкихъ, въ мышцахъ произвольнаго движенія и сердца, въ костномъ мозгу, во всѣхъ серозныхъ оболочкахъ и во влагалищѣ нервовъ. По Zülzer'у для purpura variolosa особенно характерно чрезвычайная ригидность и утолщеніе стѣнокъ венъ и мелкихъ артерій; онъ находилъ, кромѣ того, полную закупорку капилляровъ кожи и нѣкоторыхъ другихъ мѣстъ совершенно своеобразными сферо-бактеріями. (Real. Encykl.-Variola).

Припадки и теченіе.

Скрытый періодъ оспы въ большинствѣ случаевъ равняется 9—10 днямъ, но иногда затягивается до 12—14 дней. Проф. Eichorst опубликовалъ въ прошломъ году (Deut. med. Wochens. 86 г. № 3) 3 случая оспы, въ которыхъ скрытый періодъ могъ быть опредѣленъ съ полной точностію, такъ какъ

заболѣвшіе имѣли случай заразиться только въ теченіе нѣскольких минутъ. Двое изъ нихъ заболѣли черезъ 9 дней и 8 часовъ, а третій черезъ 9 дней и 14 часовъ. При геморрагической оспѣ скрытый періодъ, по Zülzer'у, бываетъ вообще короче и колеблется отъ 6 до 9 дней. Во время инкубаціоннаго періода оспа не выражается обыкновенно никакими симптомами.

Періодъ предвѣстниковъ (пер. инфекціонной лихорадки) при настоящей оспѣ довольно точно равняется тремъ днямъ. По наблюденіямъ Trousseau, чѣмъ короче періодъ предвѣстниковъ, т. е. чѣмъ раньше начинается высыпаніе, тѣмъ опаснѣе бываетъ дальнѣйшее теченіе, а чѣмъ позднѣе высыпаетъ сыпь, тѣмъ лучше; правило это, справедливое, можетъ быть, для оспы настоящей, не имѣетъ особаго значенія для варіолоида, при которомъ, несмотря на легкость теченія, продромальная лихорадка нерѣдко бываетъ очень коротка и равняется всего 24—36 часамъ.

Начало его обозначается внезапно жаромъ и нерѣдко знобомъ; темпер. уже на первый день достигаетъ 39,5—40° и потомъ, съ незначительными ремиссіями по утрамъ, она подымается въ теченіе двухъ слѣдующихъ дней еще выше и нерѣдко доходитъ до 41°, а на 4-й день съ появленіемъ сыпи, довольно быстро спадаетъ.

Лихорадка при настоящей оспѣ отличается злокачественнымъ характеромъ, что видно изъ того, что больной съ перваго же дня жалуется на большую слабость, онъ апатиченъ, языкъ его скоро высыхаетъ, кожа тоже суха и ужъ прямо по лицу видно, что больной захворалъ тяжело (потливость благопріятный признакъ по Trousseau).

Къ числу постоянныхъ симптомовъ продромальнаго періода принадлежатъ далѣе рвота, сильная головная боль, запоръ, боль въ поясницѣ, бредъ, а иногда и судороги.

Рвота при оспѣ отличается отъ скарлатинозной большой упорностью; больного рветъ обыкновенно нѣсколько разъ въ день послѣ каждаго питья (многократная, даже многодневная рвота встрѣчается иногда и при скарлатинѣ, но сравнительно рѣже, чѣмъ при оспѣ). Особенно упорна рвота при

геморрагической оспѣ. Такая упорная рвота, вмѣстѣ съ сильной головной болью и коматознымъ состоянiемъ, въ перемежку съ судорогами, производитъ на врача впечатлѣнiе остраго менингита.

На *боль въ пояснице* жалуются, конечно, только болѣе взрослыя дѣти; симптомъ этотъ имѣетъ очень существенное дiагностическое значенiе, особенно, когда боль эта настолько сильна, что пацiентъ жалуется на нее даже безъ вопроса со стороны врача. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ она является еще до лихорадки и продолжается до появленiя сыпи; иногда она распространяется и на шейную часть позвоночника и сопровождается легкимъ сведенiемъ затылка (имѣть въ виду сходство съ meningitis cerebro-spinalis). По мнѣнiю Trousseau, боль поясницы при оспѣ обусловливается гиперемiей спинного мозга и его оболочекъ, на что указываетъ парезъ нижнихъ конечностей и затрудненное мочеиспусканiе, наблюдавшееся имъ у нѣкоторыхъ изъ своихъ пацiентовъ.

Судороги въ началѣ оспы встрѣчаются не особенно рѣдко, даже и у дѣтей старшаго возраста. Zydenham считалъ ихъ настолько характерными для оспы, что если встрѣчалъ ихъ у ребенка въ возрастѣ старше 3-хъ лѣтъ и въ сопровожденiи высокой лихорадки, то прежде всего останавливался на предположенiи, что у больного начинается оспа.

Bohn и Curschmann съ особымъ ударенiемъ указываютъ на *одышку*, въ видѣ учащеннаго дыханiя безъ всякихъ объективныхъ явленiй со стороны дыхательныхъ органовъ, какъ на симптомъ, довольно характерный для продромальнаго перiода оспы. Въ связь съ этой одышкой Bohn приводитъ, между прочимъ, своеобразное, почти патогмоническое безпокойство, *возбужденное* состоянiе и безсонницу заболѣвшихъ оспой.

Запоръ въ началѣ оспы болѣе свойственъ дѣтямъ старшаго возраста, а у маленькихъ дѣтей, въ особенности у грудныхъ, несравненно чаще встрѣчается поносъ.

Печень и селезенка не представляютъ постоянныхъ измѣненiй. Моча нерѣдко бываетъ съ бѣлкомъ; если его много, то это указываетъ на тяжелое теченiе предстоящей оспы.

Узнать оспу въ продромальномъ перiодѣ на основанiи только

что приведенныхъ симптомовъ не легко, а не рѣдко и совсѣмъ невозможно. Но есть одинъ признакъ, значительно облегчающій распознованіе, именно *продромальная петехіальная сыпь*.

Сыпь эта состоитъ изъ петехій, въ видѣ мелкихъ точекъ и до величины головки булавки и больше, сидящихъ болѣе или менѣе тѣсно *на животѣ* и отчасти на другихъ мѣстахъ. Характеристично для оспы не видъ пятенъ, а ихъ локализація; обычнымъ мѣстомъ для продромальной петехіальной оспенной сыпи является нижняя половина живота и внутренняя поверхность бедеръ почти до колѣнъ, такъ что когда больной лежитъ на спинѣ съ сжатыми ногами, то сыпь занимаетъ треугольникъ, вершина котораго лежитъ повыше колѣнъ, а основаніе ограничивается воображаемой линіей проведенной поперекъ живота черезъ пупокъ; это такъ называемой Oberschenkel Dreieck Simon'а. Въ случаѣ бо̀льшаго распространенія сыпи, вторымъ любимымъ ея мѣстомъ бываютъ подмышки и область большого грудного мускула. На другихъ мѣстахъ петехіи встрѣчаются рѣдко. Продромальная петехіальная сыпь не имѣетъ особаго значенія для предсказанія.

Кромѣ петехіальной сыпи, при оспѣ встрѣчается еще и *эритематозная продромальная сыпь*, болѣе свойственная легкимъ случаямъ оспы. Она встрѣчается или въ видѣ разлитой эритемы на большемъ или меньшемъ пространствѣ (рѣдко на всемъ тѣлѣ, какъ при скарлатинѣ) или въ формѣ пятенъ roseolae, напоминающихъ корь. Эти сыпи не имѣютъ излюбленныхъ мѣстъ и встрѣчаются какъ на туловищѣ, такъ и на конечностяхъ, но щадятъ лицо; впрочемъ мѣстныя, разлитыя эритемы чаще встрѣчаются на разгибательной сторонѣ конечностей.

Всего чаще эти сыпи появляются на 2-й день лихорадки, но иногда уже на первый и даже до зноба, и держатся отъ 12 до 24—36 часовъ. Частота появленія продромальной эритемы стоитъ въ зависимости отъ характера эпидеміи. Сыпь эта считается за хорошее предзнаменованіе и чѣмъ больше она распространена, тѣмъ лучше, такъ какъ замѣчено, что интезивность ея обратно пропорціональна обилію оспенныхъ пустулъ. Однако правило это, какъ и большинство нашихъ

медицинскихъ правилъ, допускаетъ и исключенія; я помню, напр., случай смертельной сливной оспы у дѣвочки 12 лѣтъ, у которой на 2-й день заболѣванія продромальная эритема была такъ обширна, что я предположилъ сначала скарлатину.

Періодъ высыпанія. Сыпь при оспѣ прежде всего появляется на лицѣ, въ видѣ блѣдно-розовыхъ папулъ, разсѣянно сидящихъ на лбу, на носу (на мѣстахъ, гдѣ кожа туго натянута), а также и на другихъ мѣстахъ лица. Эти папулы въ началѣ очень мелки (меньше булавочной головки) и сильно напоминаютъ коревыя папулы, которыя впрочемъ интезивнѣе окрашены и въ первое время сидятъ гуще, чѣмъ папулы оспы. Дѣло въ томъ, что корь высыпаетъ дружнѣе оспы и потому въ первый-же день коревыхъ папулъ появляется на лицѣ такъ много, что ихъ трудно сосчитать, между тѣмъ какъ при оспѣ, даже и сливной, сначала папулы сидятъ разбросанно. Сдѣлаю здѣсь-же еще одно діагностическое замѣчаніе. На слѣдующій день, а иногда уже и на первый, коревая папула получаетъ красный фонъ, т. е. сыпь принимаетъ пятнистый характеръ, причемъ нѣкоторыя изъ пятнышекъ, сливаясь своими краями, образуютъ крупныя пятна, напр., величиной въ пятачекъ или въ полногтя, чего при оспѣ въ первомъ періодѣ не встрѣчается *никогда*, потому что оспенная папула, увеличиваясь въ теченіе слѣдующихъ дней, *фона не получаетъ*, а напротивъ того, даже и сама то блѣднѣетъ, вслѣдствіе скопленія серозной жидкости въ верхнемъ отдѣлѣ папулы, которая переходитъ, такимъ образомъ, въ пузырекъ, увеличивающійся въ объемѣ до 7-го дня. Въ это время оспинка имѣетъ видъ совершенно круглаго, плоскаго (болѣе широкаго, чѣмъ высокаго) пузырька, съ вдавленіемъ въ центрѣ своей крышки. Послѣ 7-го дня содержимое пузырька, до сихъ поръ совершенно прозрачное, начинаетъ мутиться и на 8—9-й день пузырекъ превращается въ пустулу, вокругъ которой появляется теперь яркая краснота и отечная опухоль сосѣднихъ мѣстъ кожи, что бываетъ особенно рѣзко замѣтно на лицѣ вообще и на вѣкахъ въ особенности (періодъ созрѣванія). На 11—12-й день содержимое пустулъ начинаетъ подсыхать, и больной жалуется на *сильный зудъ*. Чѣмъ сильнѣе оспа, тѣмъ

медленнѣе идетъ развитіе пустулъ, тѣмъ позднѣе начинается подсыханіе и тѣмъ дольше держатся корки. Въ случаяхъ средней силы онѣ отпадаютъ къ 30—36-му дню, причемъ нерѣдко оставляютъ на своемъ мѣстѣ, особенно на лицѣ, круглые рубцы, такъ называемыя *рябины*. По количеству рябинъ не всегда можно дѣлать правильное заключеніе о числѣ бывшихъ пустулъ, такъ какъ большинство послѣднихъ исчезаетъ безслѣдно и только на первое время на ихъ мѣстѣ остаются на нѣсколько недѣль гиперемированныя, пигментныя пятна.

Сыпь, появившись сначала на лицѣ, на 2-й день (5-й отъ начала болѣзни) показывается на туловищѣ, а на лицѣ высыпаетъ гуще, такъ что теперь можно ужъ судить о томъ, насколько вообще будетъ сильна оспа; на 3-й день она распространяется на конечности и густо высыпаетъ на спинѣ; въ это время на лицѣ сыпь находится въ періодѣ пузырька, а на ногахъ въ видѣ папулъ. Насчетъ продолжительности періода высыпанія надо замѣтить, что хотя отдѣльная папула держится всего 24 часа, но благодаря повторному (постепенному) появленію все новыхъ и новыхъ папулъ, папулезный періодъ затягивается до 3-хъ дней, пузырекъ держится трое сутокъ, а пустулы 6—9 дней; такъ что на тѣлѣ больного можно встрѣтить въ одно время папулы и пузырьки или пузырьки и пустулы, но не папулы и пустулы. По отношенію къ діагностикѣ оспы отъ папулезной кори весьма важно имѣть въ виду, что *если оспенная сыпь появилась и на конечностяхъ, то на лицѣ въ это время должны быть уже и пузырьки*, хотя бы пока и не въ большомъ числѣ.

Оспа всего гуще высыпаетъ на лицѣ, гдѣ нѣкоторыя изъ пустулъ обыкновенно сливаются на большемъ или меньшемъ пространствѣ; послѣ лица ихъ всего больше появляется на тыльной поверхности кистей; меньше сыпи бываетъ на спинѣ и совсѣмъ мало на животѣ и на внутренной поверхности бедеръ. Даже и при сливной оспѣ *животъ остается почти совсѣмъ свободнымъ отъ сыпи* или пустулъ здѣсь такъ мало, что ихъ можно сосчитать. Обстоятельство это опять таки можетъ имѣть діагностическое значеніе, когда на 2-й день высыпанія діагностика колеблется между оспой и папулезной корью или

между легкой оспой и варицелью. При обѣихъ этихъ болѣзняхъ, съ которыми можетъ быть смѣшана оспа, сыпь на животѣ хотя высыпаетъ и меньше, чѣмъ на спинѣ, но разница эта выступаетъ далеко не такъ рѣзко, какъ при оспѣ.

Второе обстоятельство могущее имѣть діагностическое значеніе, состоитъ въ особой наклонности оспы высыпать прежде всего на мѣстахъ, гдѣ туго натянута кожа, а потому на тыльной поверхности пальцевъ первыя папулы появляются почти одновременно съ сыпью на лицѣ.

Сыпь при оспѣ, какъ и при кори идетъ сверху внизъ: лицо, туловище, плечи, предплечья; но разница та, что при кори пальцы поражаются уже тогда, когда сыпь займетъ и предплечья.

Отечная опухоль кожи въ періодѣ созрѣванія появляется не на лицѣ только, но и на рукахъ; при обыкновенной (не сливной) оспѣ опухоль бываетъ незначительна, и боль не сильна; опухоль рукъ является дня на 2 позднѣе, чѣмъ на лицѣ (11-й день) и держится дня 3.

Лихорадка съ появленіемъ сыпи начинаетъ быстро спадать и на слѣдующее-же утро спускается обыкновенно до нормы или близко къ тому, и потомъ или остается нормальной до 9-го дня (начало нагноенія) или, въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ, вмѣсто полнаго прекращенія лихорадки, въ первую недѣлю высыпанія замѣчаются вечернія повышенія температуры до 39° и ниже. Прекращеніе лихорадки на 2-й день высыпанія опять таки можетъ служить надежнымъ признакомъ для сомнительныхъ случаевъ кори; при этой послѣдней на 2-й день сыпи лихорадка не только не падаетъ, но напротивъ того, достигаетъ своего maximum'а.

Отъ 3-го до 9-го дня, вмѣстѣ съ прекращеніемъ лихорадки исчезаютъ и всѣ другіе симптомы продромальнаго періода, каковы головная боль, рвота, бредъ, боль поясницы и проч., и является сонъ. Такое благоденствіе продолжается до 8—9 дня, когда лихорадка снова появляется или, если она не совсѣмъ прекратилась, то усиливается, и нервные симптомы опять выступаютъ на первый планъ. Въ случаяхъ не осложненныхъ эта нагноительная лихорадка держится не долѣе 4—6 дней (дольше только при осложненіяхъ) и отличается

рѣзко ремиттирующимъ характеромъ, съ вечерними повышеніями до 39—39,5°, а если подымается до 40 и выше, то указываетъ на большую опасность. Оспенные больные всего чаще умираютъ во время этой нагноительной лихорадки, именно отъ 11 до 13 дня.

Большія непріятности доставляетъ больнымъ сыпь на слизистыхъ оболочкахъ, въ особенности въ зѣвѣ, гортани и бронхахъ. Къ сыпи въ зѣвѣ часто присоединяется флегмонозная или дифтеретическая жаба. Высыпаніе сыпи на конъюнктивѣ ведетъ обыкновенно къ сильному воспаленію также и роговой оболочки и болѣе глубокихъ частей глаза, въ результатѣ котораго нерѣдко оказывается потеря зрѣнія, вслѣдствіе образованія неустранимыхъ бѣльмъ или атрофіи глазного яблока.

Hebra утверждаетъ (Lehrb. d. Hautkr. 2 Auf. I B. 1874. S. 224), что оспенный процессъ *никогда* не локализуется на конъюнктивахъ глазъ, а только на свободномъ краѣ вѣкъ, да и то лишь въ видѣ незначительнаго количества пустулъ. Для него совершенно *непонятно*, какимъ образомъ въ старыхъ руководствахъ такъ много говорилось объ оспенномъ воспаленіи глазъ. На основаніи 12000 случаевъ оспы, протекшихъ на его глазахъ, онъ положительно высказывается за то, что поверхностныя пустулы на конъюнктивахъ наблюдаются не болѣе, какъ въ 1%, но онъ ни разу не видалъ отъ этого какого нибудь существеннаго вреда для глаза.

Здѣсь, какъ мнѣ кажется, существуетъ какое-то недоразумѣніе; дѣло въ томъ, что у насъ въ больницѣ, и въ земской практикѣ мнѣ не разъ приходилось видѣть дѣтей, ослѣпшихъ или окривѣвшихъ послѣ оспы; я не утверждаю, что потеря глазъ у нихъ зависѣла отъ высыпанія пустулъ на конъюнктивѣ, я допускаю, что причиной воспаленія глазъ у оспенныхъ больныхъ былъ просто гной, случайно занесенный въ глазъ, при неряшливымъ поведеніи больного, но одно только я считаю себя въ правѣ утверждать, что при оспѣ глаза пропадаютъ значительно чаще, чѣмъ можно бы было ожидать, судя по описанію Hebra.

Различныя формы оспы.

Отклоненія въ смыслѣ тяжести или легкости теченія оспы могутъ быть какъ въ ту, такъ и въ другую сторону, т. е. въ однихъ случаяхъ оспа протекаетъ въ видѣ очень тяжелаго заболѣванія, въ другихъ—въ видѣ очень легкаго.

Къ тяжелымъ формамъ оспы относятся: 1) purpura variolosa, 2) variola haemorrhagica pustolosa и 3) var. confluens.

Самая опасная форма, это безспорно первая изъ поименованныхъ, т. е. purpura variolosa, кончающаяся смертью еще до появленія сыпи или, по краней мѣрѣ, до періода образованія пустулъ. Эта форма начинается значительнымъ жаромъ, упорной рвотой и сильной болью поясницы; скоро присоединяются симптомы тяжелаго отравленія организма, въ видѣ большой слабости, безсонницы, тоски; но сознаніе въ большинствѣ случаевъ сохраняется долго, иногда до самой смерти. Главнымъ отличительнымъ признакомъ этой формы оспы надо считать петехіи и болѣе крупные кровяные подтеки на кожѣ и кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ.

Появленію петехій предшествуетъ обыкновенно диффузная эритема, занимающая большія пространства на туловищѣ и конечностяхъ (но не на лицѣ); эритема эта похожа на разлитую, продромальную, оспенную сыпь; но только она болѣе интензивна и даже съ синеватымъ оттѣнкомъ. По этому-то красному фону, появляющемуся въ концѣ первыхъ сутокъ или въ началѣ вторыхъ, вскорѣ показываются различной величины петехіи и болѣе обширныя кровоизліянія, особенно на животѣ и груди, а также кровоподтеки на конъюнктивахъ и кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ носа, почекъ, кишекъ (кровавый стулъ и кровавая моча). Количество петехій увеличивается съ каждымъ часомъ; онѣ сливаются другъ съ другомъ, такъ что черезъ день или два все тѣло больного дѣлается темно-краснаго цвѣта, такъ что, по выраженію Trousseau, „паціенты имѣютъ видъ, будто бы ихъ окунули въ чанъ съ винной гущей“.—Съ появленіемъ кровоподтековъ тяжелое общее состояніе нисколько не облегчается, хотя t^0 замѣтно понижается; рвота продолжается и на 3—5-й день наступаетъ смерть, иногда при полномъ сознаніи, еще до высыпанія папулъ, или въ первые дни высыпанія.

Узнать такую „черную“ оспу не легко, но существованіе эпидеміи облегчаетъ діагностику.

Variola haemorrhagica pustulosa отличается отъ purp. variolosa тѣмъ, что кровоточивый діатезъ развивается позднѣе,

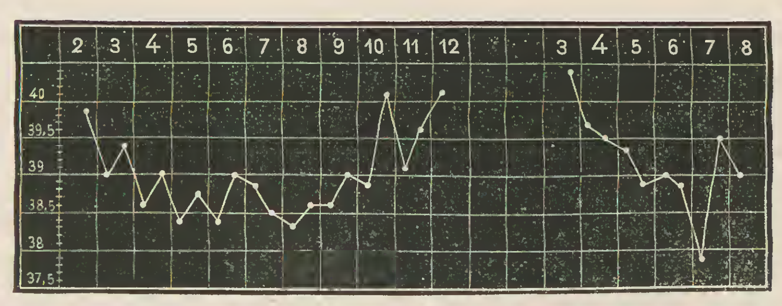
т. е. не въ періодѣ предвѣстниковъ, а во время высыпанія папулъ или въ періодѣ образованія пузырьковъ или пустулъ. Кровоизліянія происходятъ, какъ въ самыя оспинки, содержимое которыхъ дѣлается чернымъ, такъ и въ мѣста кожи· свободныя отъ сыпи и большею частью начиная съ ногъ. Хотя исходъ этой формы въ большинствѣ случаевъ тоже смертельный, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, именно когда геморрагическій діатезъ развитъ не сильно, наступаетъ и выздоровленіе.

Variola confluens характеризуется тяжелой начальной лихорадкой, съ температурой до 40—41%, которая мало спадаетъ въ періодѣ высыпанія, какъ это видно, напр., изъ слѣдующихъ случаевъ.

Мальчикъ, 11-и лѣтъ, вакцинированный, поступилъ въ больницу на 2-й день высыпанія, съ t^0 въ 39,8 вечеромъ. Дальше лихорадка шла, какъ показываетъ Фиг. I, 1-я кривая. На 11-й день больной сильно и постоянно бредилъ, пульсъ сдѣлался едва ощутимъ и на 12-й день послѣдовала смерть.

Мальчикъ, 7 лѣтъ, не вакцинированный поступилъ, на 2-й день высыпанія съ t—40,5 (Фиг. I, 2-я кривая).

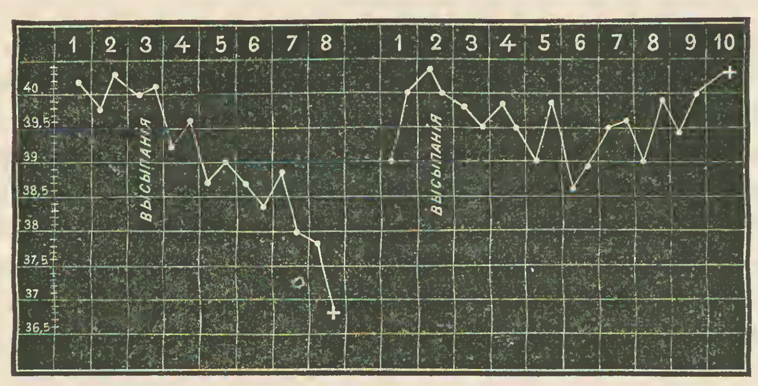
Фиг. I.



Въ слѣдующемъ случаѣ ходъ t^0 могъ быть прослѣженъ съ самаго начала заболѣванія, такъ какъ дѣвочка, 6 лѣтъ, не вакцинированная, заболѣла оспой, находясь въ нашей больницѣ по поводу бронхита (Фиг. II). Лихорадочное состояніе появилось 25-го февраля; первыя папулы замѣчены уже 27-го; оспа оказалась потомъ сливной и очень тяжелой, такъ какъ бредъ и вскакиваніе съ постели продолжались даже и на 5-й и на 6-й дни, т. е. въ такое время, когда оспенные больные чувствуютъ себя вообще недурно; смерть при явленіяхъ коллапса послѣдовала въ ночь на 9-й день, при субнормальной температурѣ.

Въ слѣдующемъ случаѣ, у дѣвочки, 6 лѣтъ, не вакцинированной, высыпаніе сливной оспы началось со 2-го дня. Смертельный исходъ на 10-й день. (Фиг. II, кривая 2-я).

Фиг. II.



Сыпь при сливной оспѣ является раньше обыкновеннаго, именно на 2-й или на 3-й день, но періодъ высыпанія и развитія отдѣльныхъ пустулъ идетъ медленнѣе. Въ періодѣ созрѣванія тѣсно сидящіе другъ около друга пузырьки сливаются въ нѣкоторыхъ мѣстахъ (въ особенности на лицѣ и кистяхъ рукъ) въ обширные пузыри, вслѣдствіе чего и отечная опухоль этихъ частей бываетъ значительно больше, чѣмъ при нормальной оспѣ, и боли бываютъ сильнѣе. Опуханіе конечностей и боль въ пальцахъ начинаются на 9–10-й день и продолжаются до 14-го. И то и другое стоитъ въ связи съ назрѣваніемъ пустулъ. Боль при этомъ такъ сильна, что больной ни на что такъ не жалуется, какъ на руки. Если при сливной оспѣ не является отека рукъ и ногъ между 9—13 днемъ, то это отсутствіе реакціи указываетъ почти на вѣрную смерть въ недалекомъ будущемъ (Trousseau). Весьма дурнымъ признакомъ слѣдуетъ считать также большое безпокойство больныхъ въ этомъ періодѣ, сильный бредъ и особенно судороги.

Въ періодѣ подсыханія и лопанія пустулъ (съ 12—14 дня) вслѣдствіе разложенія гноя, больные издаютъ сильное зловоніе.

Слизистыя оболочки поражаются особенно сильно и потому постояннымъ спутникомъ сливной оспы бываетъ обильная саливація, которая въ обыкновенной оспѣ отсутствуетъ,

а при сливной является на 1-й или на 2-й день высыпанія и постепенно усиливается въ теченіе недѣли. Рано тоже появляются осложненія, въ видѣ воспаленія серозныхъ оболочекъ и легкаго; особенно часто встрѣчаются у такихъ больныхъ катарральныя пнеймоніи, вслѣдствіе никогда не отсутствующаго бронхита, какъ результата высыпанія оспы на слизистой оболочкѣ трахеи и первыхъ бронховъ. Часто также сливная оспа сопровождается поносами, особенно у маленькихъ дѣтей, альбуминуріей, флегмонозными и рожистыми процессами и гангреной различныхъ мѣстъ кожи.

Къ легкимъ формамъ оспы относятся оспа безъ сыпи или безъ лихорадки—variola sine exanthema и v. apyretica и разсѣянная или видоизмѣненная оспа—varioloid. Вообще говоря, чѣмъ легче оспа, тѣмъ меньше бываетъ сыпи и наоборотъ, такъ что между сливной оспой и оспой совсѣмъ безъ сыпи существуютъ всевозможныя переходныя формы и мнѣ, напр., случилось видѣть случай несомнѣнной оспы у дѣвочки 4—5 лѣтъ, у которой появилась только единственная, хотя и правильно развитая, оспенная пустула на лицѣ, появившаяся послѣ трехдневной, довольно сильной (до 40°/₀) продромальной лихорадки. Что это была дѣйствительно оспа, а не какая либо иная лихорадка съ случайнымъ гнойничкомъ, я заключилъ не столько по характеру пустулы, сколько на основаніи этіологическихъ данныхъ. Эта дѣвочка заболѣла въ одинъ день съ своей старшей сестрой жаромъ и рвотой и одинаково съ ней была въ жару три дня; на 4-й день у младшей появилась одна папула, а у старшей довольно много, какъ это вообще свойственно варіолоиду. По разспросу оказалось, что съ недѣлю тому назадъ горничная изъ того-же дома, была помѣщена въ больницу по поводу оспы. Оспа безъ сыпи характеризуется тѣмъ, что при ней все дѣло ограничивается только однимъ продромальнымъ періодомъ оспы, который можетъ протекать со всѣми своими особенностями, каковы, напр., рвота, боль въ поясницѣ и продромальныя сыпи, эритематозныя и даже петехіальныя. Только въ случаѣ появленія петехіальной сыпи на классическихъ мѣстахъ (нижняя половина живота и внутренняя поверхность бедеръ), можно узнать

оспу безъ сыпи, во всѣхъ-же другихъ случаяхъ діагностика основывается на этіологическихъ моментахъ. Оспа безъ лихорадки, какъ и оспа безъ сыпи, всегда бываетъ легкимъ заболѣваніемъ и характеризуется появленіемъ на лицѣ и другихъ мѣстахъ тѣла очень разбросанно сидящихъ папулъ, переходящихъ потомъ въ пузырьки и пустулы. Объ отличіи этихъ формъ легкой оспы отъ варицелли будетъ сказано въ главѣ о послѣдней. Переходной формой отъ только что упомянутыхъ, самыхъ легкихъ случаевъ оспы къваріолоиду можно считать аборотивную оспу, при которой послѣ обыкновеннаго продромальнаго періода, съ болѣе или менѣе высокой лихорадкой, высыпаютъ въ большемъ или меньшемъ числѣ оспенныя папулы, которыя однако не доразвиваются до настоящихъ пустулъ, а абортируются или уже въ первомъ періодѣ своего развитія или доходятъ до стадія пузырька съ прозрачнымъ содержимымъ и потомъ подсыхаютъ. Такое абортивное теченіе встрѣчается иногда даже и при сливной оспѣ. Въ такомъ случаѣ около 10-го дня вмѣсто періода нагноенія вдругъ наступаетъ періодъ подсыханія, и больной скоро покрывается бурыми корками и выздоравливаетъ.

Всѣ до сихъ поръ описанные нами легкіе случаи оспы, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, встрѣчаются у дѣтей вакцинированныхъ, но, конечно, не исключительно только у нихъ, такъ какъ врожденное расположеніе къ оспѣ у нѣкоторыхъ субъектовъ бываетъ такъ не значительно, что оспенный контагій въ состояніи вызвать у нихъ лишь абортивную форму оспы въ томъ или въ другомъ видѣ.

Переходной формой между абортивной и настоящей оспой служитъ разсѣянная оспа—Varioloid. Невозможно, конечно, провести рѣзкую границу между варіолоидомъ и оспой, съ одной стороны, и абортивными случаями—съ другой; рѣшеніе подобныхъ вопросовъ зависитъ часто отъ субъективнаго взгляда врача. Hebra, какъ извѣстно, ставилъ діагностику различныхъ формъ оспы по окончаніи болѣзни и относилъ къ variola vera — случаи, протекавшіе до отпаденія корокъ 4 недѣли и больше, къ varioloid'у тѣ, которые кончались отъ

3 до 4-хъ недѣль, а къ varicella — случаи двухъ недѣльной продолжительности и меньше.

Объ отличiи варiолоида отъ оспы можно говорить только въ главныхъ чертахъ. Вообще говоря, варiолоидъ отличается сравнительно болѣе легкимъ теченiемъ, меньшею продолжительностью и отсутствiемъ серьезныхъ осложненiй. Далѣе онъ отличается отъ настоящей оспы болѣе неправильнымъ теченiемъ, т е. онъ представляетъ больше разнообразiя какъ въ смыслѣ развитiя отдѣльныхъ симптомовъ, такъ и относительно цѣлыхъ стадiевъ болѣзни. Перiодъ предвѣстниковъ, напр., въ однихъ случаяхъ бываетъ такъ слабо выраженъ, t° подымается такъ мало, что его легко не замѣтить, тогда какъ въ другихъ случаяхъ онъ такъ-же силенъ, какъ при variola vera; въ однихъ — продромальная лихорадка продолжается всего лишь 36—48 часовъ, а въ другихъ тянется четверо сутокъ.

Но вотъ что характерно для всѣхъ случаевъ варiолоида, это—*паденiе температуры до нормы въ концѣ перваго или въ началѣ второго дня высыпанiя и отсутствiе т. н. нагноительной лихорадки въ перiодѣ созрѣванiя пустулъ* (8—11 дни). Далѣе характерна для варiолоида продромальная *эритематозная* сыпь, встрѣчающаяся при немъ значительно чаще, чѣмъ при var. vera и потому имѣющая хорошее прогностическое значенiе, на что указываютъ съ особеннымъ ударенiемъ такiе опытные люди какъ Trousseau и Curschmann; послѣднiй прямо гововоритъ, что онъ не видалъ ни одного случая тяжелой оспы у больныхъ, имѣвшихъ эритематозную продромальную сыпь; по его наблюденiямъ, чѣмъ сильнѣе она была выражена, тѣмъ слабѣе протекала оспа и тѣмъ меньше было пустулъ, а потому, въ случаѣ распространенной продромальной эритемы, можно ставить хорошее предсказанiе даже и при бурныхъ явленiяхъ начальнаго перiода оспы. Но за то петехiальная продромальная сыпь встрѣчается при варiолоидѣ рѣдко.

Разнообразiя второго перiода касаются характера сыпи. Во многихъ случаяхъ сыпь при варiолоидѣ совершенно такая же, какъ при var. vera, но только скорѣе назрѣваетъ и раньше подсыхаетъ; въ другихъ она не доразвивается и не идетъ да-

лѣе пузырька или папулы, что можетъ случиться или на всемъ тѣлѣ или на нѣкоторыхъ мѣстахъ, такъ что вся болѣзнь кончается въ 5—7 дней. Густота сыпи можетъ быть такъ же сильна, какъ и при var. vera; она бываетъ иногда даже сливной, а въ другихъ случаяхъ оспинокъ такъ мало, что ихъ легко сосчитать, но какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ воспаленіе кожи остается поверхностнымъ, а потому образованіе корокъ совершается быстро, отпадаютъ онѣ рано (отъ 15 до 21 дня) и на ихъ мѣстѣ или вовсе не остается рубцевъ или очень мало; но не справедливо было бы думать, что рябины остаются только у тѣхъ, которые по случаю зуда расцарапываютъ себѣ лицо, хотя, съ другой стороны, несомнѣнно, и то, что насильственное удаленіе корокъ ногтями можетъ усилить воспалительный процессъ въ кожѣ и тѣмъ самымъ содѣйствовать образованію рябинъ.

При варіолоидѣ нарушается такъ же и порядокъ появленія сыпи; вмѣсто того, чтобы высыпать сначала на лицѣ, а потомъ, въ теченіе двухъ слѣдующихъ дней, на туловищѣ и конечностяхъ, сыпь при варіолоидѣ или сразу высыпаетъ на всѣхъ мѣстахъ или появляется сначала на туловищѣ.

Характерно для варіолоида еще и то, что слизистыя оболочки или совсѣмъ не поражаются или очень слабо, что значительно способствуетъ уменьшенію субъективныхъ жалобъ больныхъ и ихъ хорошему общему состоянію и бодрому habitus'у.

Осложненія.

Осложненія встрѣчаются почти исключительно только въ тяжелыхъ формахъ оспы—при var. vera и въ особенности при var. confluens; но за то въ этихъ случаяхъ на какія нибудь осложненія можно расчитывать почти навѣрное, и именно въ періодѣ высыпанія пустулъ и позднѣе.

Осложненія при оспѣ всего чаще встрѣчаются со стороны слизистыхъ оболочекъ и кожи; за симъ со стороны легкихъ и серозныхъ оболочекъ.

Серьезныя осложненія со стороны полости рта, зѣва и гортани являются прямымъ слѣдствіемъ обильно высыпающихъ здѣсь пустулъ, причемъ воспаленіе захватываетъ не только слизист. оболоч., но и подслизистую соединительную ткань, вызывая, напр., значительную опухоль языка (glossitis variolosa) флегмонозную или дифтеритическую жабу, отекъ гортани, язвенное разрушеніе десенъ и иногда ному.

При распространеніи сыпи на бронхи, развиваются сильные бронхиты, ведущіе къ обширнымъ и опаснымъ пнеймоніямъ.

Къ числу довольно частыхъ осложненій оспы, особенно у маленькихъ дѣтей, принадлежитъ и *поносъ* (variola dysenterica Sydenham'a).

Изъ серозныхъ оболочекъ всего чаще поражаются плевра (почти всегда въ видѣ гнойнаго плеврита), потомъ перикардій и сочлененія (серозные и гнойные синовиты и періартикулярные нарывы).

Рѣдкій случай настоящей оспы, особенно сливной, обходится безъ осложненій или послѣдовательныхъ болѣзней со стороны кожи. Эти осложненія являются въ видѣ различнаго рода воспаленій кожи и подкожной клѣтчатки, начиная отъ небольшихъ гнойничковъ, извѣстныхъ подъ именемъ impetigo variolosa (Hebra) и чирьевъ и кончая обширнѣйшими флегмонозными воспаленіями, весьма опасными для больныхъ, уже и безъ того истощенныхъ. Начало этихъ флегмонъ падаетъ обыкновенно на 3-ю недѣлю; любимымъ ихъ мѣстомъ бываютъ конечности, но иногда онѣ встрѣчаются и на туловищѣ.

Что касается до чирьевъ, то они хотя и не опасны, но чрезвычайно болѣзненны и особенно непріятны для больныхъ по своей многочисленности и продолжительности. Все новые и новые чирья на различныхъ мѣстахъ туловища и конечностей появляются въ теченіе многихъ недѣль и даже мѣсяцевъ.

Hebra, какъ извѣстно, отрицалъ возможность одновременнаго существованія двухъ контагіозныхъ болѣзней, но мнѣніе его было потомъ опровергнуто многочисленными наблю-

деніями различныхъ авторовъ, описавшихъ случаи совмѣстнаго существованія настоящей и вѣтреной оспы съ скарлатиной и корью. Въ настоящее время вопросъ этотъ спору ужъ не подлежитъ, а потому изъ многихъ случаевъ, встрѣтившихся въ нашей больницѣ, я приведу только одинъ, въ которомъ оспенная сыпь появилась въ періодѣ цвѣтенія скарлатины и на 6-й день пребыванія больной въ контагіозномъ отдѣленіи, гдѣ, по всей вѣроятности, она и заразилась оспой.

Дѣвочка, 10 л., не вакцинированная, поступила въ больницу въ общія палаты 4-го февраля, по поводу возвратной горячки, причемъ въ крови были найдены характерныя для рекуррента спириллы. 9-го февр. (на 3-й день апирексіи) температура поднялась на 39,6, а 10-го появилась скарлатинозная сыпь, почему въ этотъ же день, около 12 час. дня, больная переведена въ контагіозное отдѣленіе, гдѣ, въ томъ-же корридорѣ, лежали и оспенные больные; t^0 веч. 39,5. 3-й день. Яркая скарлатинозная сыпь на всемъ тѣлѣ; разлитая краснота слизист. оболоч. зѣва и сѣроватожелтый эксудатъ на лѣвой миндалинѣ; t^0=39—39. 4-й день, 12 февраля: 38,5—38,4; особыхъ перемѣнъ нѣтъ; 5-й день, 13 февр. 39—39; зѣвъ очистился отъ экссудата; скарлатинозная сыпь во многихъ мѣстахъ приняла миліарный характеръ; общее состояніе удовлетворительно, появляется аппетитъ; 6-й день, 14 февр. 37,8—38,4; 8-й д., 15-го февр. 38,5—40; появился поносъ; прослабило 6 разъ жидко и обильно, значительная общая слабость; скарлатинозная сыпь еще ясно замѣтна; 7-й день, 16-го февраля. Обильная высыпь оспенныхъ папулъ; всю ночь больная бредила; днемъ сознаніе значительно притуплено: упадокъ силъ и въ часъ ночи смерть.

Что мы имѣли здѣсь дѣло дѣйствительно съ скарлатиной, а не съ продромальной оспенной эритемой, за это говоритъ не только наличность жабы, но и многодневная продолжительность сыпи. Если больная заразилась оспой въ контагіозномъ отдѣленіи, куда она была переведена 10-го февраля, то случай этотъ интересенъ еще и по отношенію къ вопросу о продолжительности скрытаго періода оспы. Начало оспы, если судить по указанію температуры, падаетъ на 5-й день пребыванія въ заразныхъ палатахъ, а сыпь появилась на 6-й!

Интересенъ также случай совмѣстнаго теченія сливной оспы съ вакциной. Дѣвочка, 7 лѣтъ, поступила въ больницу на 6-й день послѣ начала сильнаго лихорадочнаго состоянія, которое пришлось какъ разъ на 8-й день послѣ привитія ей вакцины. День поступленія въ больницу былъ 3-мъ днемъ высыпанія сливной оспы; мѣстами, особенно на ногахъ, были петехіи. Смерть при явленіи коллапса послѣдовала на 10-й день оспы.

Предсказаніе.

Предсказаніе при оспѣ всецѣло зависитъ отъ силы ея. Легкія формы оспы въ отличіе, напр., отъ скарлатины, никогда не ведутъ за собой опасныхъ осложненій и потому всегда безопасны, тогда какъ var. vera и особенно var. confl. опасныя сами по себѣ, угрожаютъ еще различными осложненіями. Изъ различныхъ формъ оспы самой опасной справедливо считается purpura variolosa, такъ какъ она безусловно смертельна; потомъ идутъ въ нисходящемъ порядкѣ var. haemor., var. confl. и var. vera.

Интензивность симптомовъ періода предвѣстниковъ не стоитъ въ прямой пропорціональности съ силой слѣдующаго за нимъ высыпанія и съ тяжестью теченія, такъ какъ и послѣ сильной продромальной лихорадки можетъ появиться ничтожное количество пустулъ; но, вообще говоря, чѣмъ слабѣе лихорадка въ начальномъ періодѣ оспы, и чѣмъ меньше выражены нервныя явленія, тѣмъ лучше предсказаніе. Къ числу благопріятныхъ признаковъ относится также существованіе продромальной эритематозной (но не петехіальной) сыпи, и чѣмъ большее пространство она занимаетъ, тѣмъ лучше. Наоборотъ, можно опасаться тяжелаго теченія въ случаѣ сильной боли поясницы, упорной рвоты и эклампсическихъ судорогъ въ первые дни болѣзни.

Въ періодѣ высыпанія предсказаніе тѣмъ хуже, чѣмъ обильнѣе сыпь и чѣмъ сильнѣе поражены слизистыя оболочки; благопріятнымъ признакомъ можно считать паденіе t'ы до нормы на 2-й день высыпанія и отсутствіе лихорадки отъ 8 до 11 дня, т. е. въ періодѣ созрѣванія пустулъ; чѣмъ меньше падаетъ t'а въ періодѣ высыпанія и чѣмъ выше подымается она въ періодѣ нагноенія пустулъ, тѣмъ бо́льшая опасность угрожаетъ больному. Еще хуже, если въ періодѣ высыпанія появляются подтеки на кожѣ или кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ или примѣсь крови къ содержимому пустулъ.

Изъ осложненій особенно дурное прогностическое значеніе имѣютъ воспаленіе легкихъ, отекъ гортани, нома и обширные скопища гноя въ подкожной клѣтчаткѣ.

Caeteris paribus предсказаніе тѣмъ хуже, чѣмъ моложе ребенокъ (оспа особенно опасна для дѣтей на первомъ году жизни) и чѣмъ больше времени прошло съ момента вакцинаціи или ревакцинаціи. Благодаря тому обстоятельству, что вакцинація въ дѣтскомъ возрастѣ производится у насъ гораздо чаще, чѣмъ ревакцинація взрослыхъ, оспа у послѣднихъ чаще, чѣмъ у дѣтей принимаетъ опасное теченіе.

По наблюденіямъ Hebra, въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда субъектъ заболѣваетъ оспой во второй разъ, то послѣднее заболѣваніе бываетъ обыкновенно опаснѣе перваго.

Смертность отъ оспы среди невакцинированныхъ колеблется въ разные эпидеміи отъ 30 до 60%, а между вакцинированными около 10—12%; какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ большое значеніе для результатовъ статистики имѣетъ возрастъ паціентовъ и общее состояніе ихъ здоровья.

Діагностика.

Оспа можетъ представить затрудненія для діагностики, конечно, только въ первые дни заболѣванія и въ началѣ высыпанія. На второй день и тѣмъ болѣе на третій высыпанія уже можно найти на лицѣ нѣсколько характерныхъ для оспы пузырьковъ и потому распознаваніе не трудно.

Узнать оспу въ періодѣ предвѣстниковъ, особенно если источникъ зараженія неизвѣстенъ, очень трудно, а иногда и совсѣмъ невозможно. Тяжелыя формы оспы, начинающіяся упорной рвотой, сильной головной болью, высокой лихорадкой и судорогами, съ послѣдующимъ безсознательнымъ состояніемъ или сопоромъ, легко принять, какъ я знаю это по собственному опыту, за острый гнойный менингитъ, отъ неизвѣстной причины, или за эпидемическое цереброспинальное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, особенно если больной жалуется на сильную боль въ спинѣ и шеѣ и представляетъ хотя бы и легкое сведеніе затылка.

При очень распространенной диффузной эритемѣ оспа можетъ быть принята за скарлатину, но, помимо отсутствія жабы, противъ скарлатины говоритъ еще равномѣрный характеръ эритематозной красноты, тогда какъ при скарлатинѣ сыпь состоитъ изъ тѣсно сидящихъ точекъ и потому краснота не сплошная, а мраморная или шагреневая.

Благодаря рвотѣ и сильному жару, оспа въ продромальномъ періодѣ можетъ быть принята за gastritis acuta, а при существованіи одышки съ раздуваніемъ ноздрей—за крупозную пнеймонію. Въ послѣднемъ случаѣ долженъ бы быть частый, сухой кашель и боль въ боку, весьма рѣдко отсутствующая при острыхъ лобарныхъ пнеймоніяхъ, даже и при такъ называемыхъ центральныхъ.

Въ случаяхъ оспы болѣе легкой, когда картина болѣзни на воспаленіе мозговыхъ оболочекъ не похожа, быстрое поднятіе температуры до 40°/₀, увеличеніе селезенки и отсутствіе какихъ-бы то ни было мѣстныхъ явленій со стороны зѣва, груди и другихъ органовъ, можетъ говорить за recurrens или тифъ. Рвота въ началѣ заболѣванія и сильная боль поясницы (у дѣтей, способныхъ давать отчетъ въ своихъ ощущеніяхъ) болѣе свойственны оспѣ, чѣмъ возвратной горячкѣ или тифу и при существованіи этихъ симптомовъ скорѣе можно думать объ оспѣ; съ еще большимъ правомъ можно предполагать ее, если на 2-й день появляются эритематозная разлитая или хотя бы и пятнистая сыпь; если-же появляется петехіальная сыпь на нижней половинѣ живота и на бедрахъ, то діагностика оспы дѣлается почти достовѣрной. Purpura simplex и haemorrhagica, при которой петехіи на кожѣ тоже могутъ сопровождаться лихорадочнымъ состояніемъ и иногда значительнымъ (до 40°/₀) жаромъ, характеризуется тѣмъ, что подтеки являются прежде всего на голеняхъ, распространяются потомъ на туловищѣ, но животу особаго предпочтенія не оказываютъ.

Вопросъ о purpura haemor. можетъ подняться, пожалуй, и при purpura variolosa, но существенная разница между этими двумя симптоматическими пурпурами состоитъ въ быстротѣ распространенія подтековъ и въ характерѣ общаго заболѣ-

ванія: purp. variolosa болѣзнь чрезвычайно злокачественная— кровоподтеки распространяются такъ быстро, что сутокъ через двое-трое все тѣло покрывается ими и скоро наступаетъ смерть, тогда какъ при purp. haemor. развитіе или новое появленіе петехій идетъ сравнительно очень медленно и въ первые дни болѣзни больной не дѣлаетъ впечатлѣнія тяжело заболѣвшаго; если иногда отъ purp. haemor. и умираютъ, то никогда на первой недѣлѣ. Что касается до загадочныхъ и исключительныхъ случаевъ, описанныхъ Henoch'омъ въ № 1, Berl. Wochensch. за 1887 годъ подъ именемъ purpura fulminans, то хотя они и похожи на purp. variolosa по быстротѣ развитія кровоподтековъ (съ каждымъ часомъ появлялись все новыя и новыя пятна) и наступленію смертельнаго исхода, черезъ 2—4 дня, но между ними и оспой существовала и существенная разница, именно въ томъ, что кровоподтеки начинались и развивались главнымъ образомъ на конечностяхъ, что кровоподтеки были окружены краснымъ фономъ и были болѣзненны, что на нѣкоторыхъ образовывались пузыри и, наконецъ, въ томъ, что у нѣкоторыхъ больныхъ не было повышенія температуры и кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ, а, повидимому, также и рвоты (по крайней мѣрѣ, о ней не упомянуто). Вскрытіе въ двухъ случаяхъ Henoch'а давало отрицательные результаты, между тѣмъ какъ при purp. variolosa обязательно бываютъ экхимозы на серозныхъ и слизистыхъ оболочкахъ и въ другихъ внутреннихъ органахъ. Henoch приводитъ только одинъ доводъ въ пользу того, что онъ имѣлъ дѣло не съ оспой, именно то обстоятельство, что съ тѣхъ поръ, какъ онъ завѣдуетъ клиникой, т е. съ 1872 г. онъ въ своемъ отдѣленіи ни видалъ ни разу никакой оспы.

Въ періодѣ высыпанія оспа можетъ быть смѣшана, во 1-хъ, съ корью, во 2-хъ, съ вѣтреной оспой и, въ 3-хъ, съ папулезной формой крапивницы.

Что касается до кори, то гораздо легче, по моему мнѣнію, принять на 1 й день высыпанія папулезную корь за оспу, нежели наоборотъ, а потому объ отличіяхъ этихъ двухъ болѣзней я говорилъ въ главѣ о кори, здѣсь же замѣчу только, что если является сомнѣніе, корь-ли у больного или оспа, то

въ громадномъ большинствѣ случаевъ спорная діагностика разрѣшается въ пользу кори, подобно тому, какъ при вопросѣ тифъ или менингитъ, большею частью оказывается послѣдній. О діагностикѣ оспы отъ варицелли я буду говорить въ слѣдующей главѣ. Здѣсь-же я скажу только о возможности смѣшенія оспы съ крапивной сыпью. Уртикарія болѣзнь чрезвычайно разнообразная. Въ типическихъ случаяхъ, каковыхъ конечно, громадное большинство, сыпь при ней, имѣющая видъ всѣмъ извѣстныхъ волдырей, какъ отъ ожога крапивой, настолько своеобразна, что вопроса объ оспѣ подняться не можетъ; но совсѣмъ другое дѣло при папулезной крапивницѣ, т. е. въ тѣхъ случаяхъ, когда крапивная сыпь является въ видѣ блѣднорозовыхъ, величиной отъ булавочной головки до чечевицы, папулъ, разбросанныхъ по всему тѣлу и конечностямъ. Сходство отдѣльныхъ папулъ съ оспенными (на 1-й день высыпанія) можетъ быть поразительнымъ и не дальше, какъ осенью 1886 года я, демонстрируя студентамъ подобный случай уртикаріи у дѣвочки, 7-и лѣтъ, несмотря на сильный зудъ, на который жаловалась дѣвочка, не рѣшился поставить совсѣмъ опредѣленной діагностики и рѣшеніе вопроса—оспа или уртикарія, отложилъ до слѣдующаго дня. А, между тѣмъ, въ этомъ случаѣ противъ оспы говорилъ не только зудъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, но также и распространеніе сыпи, именно, что лицо было свободно, а на животѣ папулъ было довольно много; но, съ другой стороны, цвѣтъ и равномѣрная величина папулъ настолько напоминали оспу, что вполнѣ опредѣленная діагностика на первый взглядъ казалась мнѣ рискованной. На слѣдующій день всѣ сомнѣнія исчезли, такъ какъ на ногахъ, а мѣстами и на туловищѣ появились характерные для уртикиріи волдыри. Такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ, даже и при мелкопапулезной уртикаріи, эти волдыри, хотя-бы и въ единичныхъ экземплярахъ, появляются уже на первый день, то принять уртикарію за оспу можно только при поверхностномъ осмотрѣ больного, а что касается до уртикаріи у только что упомянутой дѣвочки, то я считаю ее за довольно рѣдкое исключеніе. Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что крапивная сыпь всегда

сопровождается болѣе или менѣе сильнымъ зудомъ, а оспа въ началѣ высыпанія зуда не вызываетъ.

Лѣченіе.

Оспа—эта единственная пока изъ всѣхъ острыхъ контагіозныхъ болѣзней въ томъ отношеніи, что противъ нея мы имѣемъ весьма дѣйствительный способъ *предохранительнаго лѣченія*, именно оспопрививаніе, которое мы опишемъ въ отдѣльной главѣ.

Лѣченіе развившейся болѣзни сводится на чисто *симптоматическую* борьбу съ отдѣльными припадками и съ послѣдовательными болѣзнями или осложненіями.

Умѣренной силы оспа, протекающая обыкновенно безъ всякихъ осложненій, не требуетъ никакого особаго лѣченія, кромѣ правильной гигіэно-діэтической обстановки. Относительно комнаты слѣдуетъ замѣтить, что оспа не только не боится холода, но отлично протекаетъ даже на морозѣ. Hebra (l. c., стр. 236), напр., разсказываетъ про одного больного, который, заболѣвши очень тяжелой настоящей оспой, перенесъ ее въ дорогѣ, идя пѣшкомъ 12 дней при морозѣ въ 10° R., пока добрался наконецъ до Вѣнской общей больницы, куда и былъ принятъ, весь покрытый оспенными корками. Вообще замѣчено, что, чѣмъ ниже температура комнаты, въ которой лежитъ больной, тѣмъ лучше онъ себя чувствуетъ; если для кори всего лучше 14—16° R, для скарлатины 12—14, то для оспы можно держаться 10—12 R. При такихъ условіяхъ нечего бояться и вентиляціи. Такъ какъ послѣ оспы требуется энергичная дезинфекція комнаты, то понятно, что въ ней не должно оставаться никакой лишней мебели, особенно, мягкой и вещей.

Діэта въ первые дни заболѣванія, какъ при всякой сильной лихорадкѣ, должна быть по преимуществу жидкая (супъ, молоко, чай), для питья—свѣжая вода; въ періодѣ высыпанія, если лихорадка кончилась, больной получаетъ аппетитъ, то можно давать и мясо.

Въ случаѣ сильнаго жара, въ продромальномъ періодѣ показаны, конечно, различныя antipyretica, въ видѣ хинина, антипирина и т. п. средствъ и постепенно охлаждаемыхъ ваннъ; но польза отъ нихъ не велика, такъ какъ на силу послѣдующаго высыпанія они не оказываютъ вліянія (даже и хининъ, рекомендованный Coze какъ средство, абортирующее оспу, если онъ дается въ продромальномъ періодѣ), а что касается до лихорадки, то послѣ 3--4 дня она и сама собой значительно падаетъ. Противъ рвоты, всего лучше дѣйствуетъ глотаніе кусочковъ льда; при сильномъ бредѣ, головной боли и проч. — холодъ на голову.

Изъ отдѣльныхъ симптомовъ прежде всего обращаютъ на себя вниманіе больного обильная оспенная сыпь на слизистыхъ оболочкахъ и на кожѣ. Съ цѣлью абортированія развитія пустулъ были предложены различныя наружныя и внутреннія средства, которыя однако не вполнѣ достигаютъ цѣли. Изъ наружныхъ средствъ Hebra всего больше видѣлъ пользы отъ теплыхъ, постоянныхъ ваннъ, въ которыхъ больные оставались отъ перваго дня высыпанія до 16-го.

Подобныя ванны не только облегчаютъ субъективныя непріятныя ощущенія больныхъ, но доставляютъ имъ и болѣе существенную пользу, способствуя удаленію гноя изъ пустулъ, путемъ мацераціи эпидермиса. Но такъ какъ примѣненіе такихъ ваннъ представляетъ большія трудности, въ смыслѣ поддержанія постоянной температуры и чистоты воды, то Hebra рекомендуетъ пользоваться, по крайней мѣрѣ, временными теплыми ваннами въ періодѣ подсыханія, т. е. съ 11-го дня. Но на практикѣ и временныя теплыя ванны сопряжены съ большими неудобствами, такъ какъ ихъ все-таки придется дѣлать дней 5 подъ рядъ и постоянно. Обыкновенныя (½ часовыя) ванны крайне непріятны больнымъ не сами по себѣ (въ водѣ больной чувствуетъ себя пріятно), а по приготовленіямъ: раздѣваніе больного страдающаго сливной оспой, сажаніе его въ ванну, потомъ выниманіе и обсушиваніе—вотъ что причиняетъ имъ непріятности.

Съ цѣлью абортировать развитіе пустулъ и тѣмъ избавить больного отъ тягостнаго періода нагноенія и отъ послѣдова-

тельныхъ рябинъ, еще Avicenna и Rhazés, а позднѣе и A. Paré рекомендовали прокалывать оспинки, когда они находятся, въ періодѣ пузырька, ланцетомъ; кропотливая операція, требующая для одного лица часа 2 времени и приносящая сомнительную пользу. Другіе предлагали прикладывать къ лицу маски, смазанныя мягчительными мазями или пластырями, напр., empl. mercur, empl. de Vigo и др. Barthez et Rilliet съ цѣлью воспрепятствовать развитію сыпи на лицѣ особенно рекомендуютъ empl. mepcuriale, но, чтобъ былъ успѣхъ необходимо начинать его употребленіе съ 1 или 2-го дня и не позже 3-го. Пластырь долженъ плотно прилегать къ кожѣ, а потому не слѣдуетъ дѣлать изъ него маску, а лучше налѣплять его въ видѣ отдѣльныхъ кусковъ на щеки, лобъ, носъ и укрѣплять ихъ полосками липкаго пластыря и въ такомъ видѣ оставлять его до конца высыпанія (8—12 дней). Подъ вліяніемъ такого лѣченія развитіе пустулъ задерживалось, иногда оно не шло дальше папулы или пузырька; новыхъ папулъ не появлялось; въ періодѣ нагноенія кожа лица не припухала. Вмѣсто пластыря можно брать мазь Bataille, которая лучше прилегаетъ къ кожѣ: Rp. Ung. hydr. ciner. 24,0; cerae flav. 10,0; picis nigr. 6,0 Mf. ung.

Выше было сказано, что въ періодѣ созрѣванія больные ни на что такъ не жалуются, какъ на боль въ пальцахъ. Противъ этого лучшимъ средствомъ надо считать согрѣвающіе компрессы на кисти рукъ и ступни съ первыхъ дней высыпанія.

Упомяну еще о наблюденіяхъ Бошинскаго-Бошко и Zülzer'a. Первый утверждаетъ, что если въ періодѣ предвѣстниковъ намазывать кожу въ какомъ нибудь мѣстѣ тинктурой іода, то на мѣстѣ помазываній оспенная сыпь будетъ сливной, но за то въ другихъ мѣстахъ пустулъ будетъ очень мало.

Zülzer, исходя изъ того наблюденія, что оспенная сыпь оказываетъ особую наклонность высыпать въ мѣстахъ, подверженныхъ давленію, рекомендуетъ, въ видахъ отвлеченія оспы отъ лица и другихъ болѣе важныхъ органовъ, при первыхъ признакахъ высыпанія забинтовывать ноги, а въ тяже-

лыхъ случаяхъ и руки, полотняными бинтами, но только не слишкомъ туго. По его наблюденіямъ, забинтованныя конечности въ такихъ случаяхъ покрываются сыпью обильно, тогда какъ на другихъ частяхъ тѣла сыпь бываетъ разсѣянной.

Изъ внутреннихъ средствъ, предложенныхъ съ цѣлью дѣйствовать на воспалительный процессъ въ кожѣ и по возможности ограничивать нагноеніе пустулъ, упомяну только о ксилолѣ (продуктъ перегонки каменноугольнаго дегтя и нефти), рекомендованномъ Zülzer'омъ; средство это почти не растворяется въ водѣ, но хорошо въ спиртныхъ жидкостяхъ и потому прописывается въ винѣ, по слѣдующей формулѣ: Rp. Xyloli puri 1—2,0 (℈j — ʒβ). Aquae foeniculi 30,0 (℥j). Vini malasens. 60,0 (℥jj). Syr. menth. pp. 30,0 (℥j). MDS. Черезъ часъ по десерт. ложкѣ. Средство это не оказываетъ вліянія на лихорадку, но обладаетъ свойствомъ свертывать содержимое оспенныхъ пустулъ, чѣмъ самымъ значительно уменьшается нагноеніе въ кожѣ, пустулы не сливаются, рубцы остаются небольшіе и замѣтно облегчаются воспалительные припадки со стороны слизистыхъ оболочекъ. Въ силу дезодорирующихъ свойствъ ксилоля, въ періодѣ подсыханія, вонь отъ больного уменьшается или даже совсѣмъ исчезаетъ, а въ итогѣ всего этого—меньше осложненій, слѣдовательно и опасности. Все это такія выгоды, ради которыхъ средство Zülzer'а стоитъ дальнѣйшихъ испытаній. Burkart, провѣрявшій наблюденія Z., даетъ объ ксилолѣ очень благопріятный отзывъ (Berl. Woch. 1872. № 17—18), въ особенности и по отношенію къ слизистымъ оболочкамъ; припадки со стороны зѣва и вонь изъ рта замѣтно уменьшаются. Ксилоль на столько летучъ, что запахъ его ощущается не только въ выдыхаемомъ воздухѣ, но и въ кожныхъ испареніяхъ. Употребленіе его надо начинать чѣмъ раньше, тѣмъ лучше (т. е., какъ только узнана болѣзнь) по 0,5—1,0 (8—16 гр.) черезъ 2—3 часа взрослому.

Противъ воспаленія рта и зѣва употребляются различныя полосканья изъ вяжущихъ (1% растворъ таннина или ½% квасцовъ) или дезинфецирующихъ (ac. salicyl. 2%, ac. boricum 3%), а также глотаніе льда.

Въ періодѣ нагноительной лихорадки—небольшія дозы хинина 2—4 раза въ день, какъ tonicum, а при упадкѣ дѣятельности сердца, кромѣ того, и возбуждающія. При сильномъ бредѣ и другихъ припадкахъ возбужденія, всего лучше морфій.

Лѣченіе осложненій ведется по обыкновеннымъ правиламъ.

Когда оспенный больной можетъ оставить постель—зависитъ отъ состоянія его силъ. Выходить на воздухъ и приходить въ сообщеніе съ другими, здоровыми людьми можно по отпаденіи корокъ.

Resumé. Въ періодѣ предвѣстниковъ, когда оспа еще не можетъ быть діагносцирована, при умѣренной лихорадкѣ и при отсутствіи какихъ либо важныхъ симптомовъ, лѣченіе—выжидательное; при очень высокой температурѣ, сильной головной боли, упорной рвотѣ—глотаніе льда, холодный компрессъ на голову и внутрь хининъ или антипиринъ и т. п., или назначается тепловатая, постепенно охлаждаемая ванна.

При первомъ появленіи папулъ, на лицо кладется ртутный пластырь, а конечности (за исключеніемъ стопъ и кистей) забинтовываются при умѣренномъ давленіи полотнянымъ бинтомъ. При обильной сыпи въ полости рта и зѣва—вяжущія полосканья. Въ періодѣ нагноительной лихорадки—небольшія дозы хинина, холодъ на голову, а при сильномъ бредѣ и возбужденіи—морфій. При осложненіяхъ—по общимъ правиламъ. Больной можетъ встать съ постели, когда подсохнутъ всѣ пустулы и когда силы возстановятся настолько, что больной при вертикальномъ положеніи не чувствуетъ головокруженій. По отпаденіи всѣхъ корокъ больной получаетъ ванну и послѣ того можетъ приходить въ соприкосновеніе съ здоровыми людьми.

ОСПОПРИВИВАНІЕ.—VACCINATIO.

При томъ терапевтическомъ безсиліи, въ которомъ мы находимся относительно натуральной оспы, мы должны считать себя счастливыми, что обладаемъ противъ этой болѣзни хорошимъ предохранительнымъ средствомъ въ видѣ оспопрививанія, которое состоитъ въ искусственномъ зараженіи организма оспеннымъ ядомъ, посредствомъ введенія оспенной лимфы подъ эпидермисъ, помощью уколовъ или поверхностныхъ надрѣзовъ.

Какъ предохранительная мѣра противъ оспы этотъ способъ лѣченія основанъ, во 1-хъ, на томъ фактѣ, что разъ перенесенная оспа, хотя-бы и въ самой легкой степени, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, застраховываетъ субъекта отъ повторенія ея, а во 2-хъ, на извѣстномъ свойствѣ различныхъ видовъ оспы, замѣщать другъ друга. Дѣло въ томъ, что оспа встрѣчается не у человѣка только, но и у животныхъ и у каждаго изъ нихъ она протекаетъ по своему; у овцы, напр., въ видѣ тяжелой общей болѣзни, съ пустулезной высыпью на всемъ тѣлѣ, подобно тому, какъ и у человѣка; у коровы—въ видѣ мѣстной болѣзни, на вымени; у лошадей—въ формѣ мокреца и т. п. Многократный опытъ показалъ, что любому изъ этихъ животныхъ можно привить любой ядъ оспы и въ результатѣ получится то, что данное животное или человѣкъ окажется послѣ того невоспріимчивымъ къ яду ни своей собственной оспы, ни къ яду оспы животнаго другого вида.

13*

Эти два фундаментальныхъ факта, на которыхъ основано оспопрививаніе, хотя и доказаны многочисленными опытами и наблюденіями, но тѣмъ не менѣе встрѣчаются еще скептики, которые утверждаютъ, что не только оспа животныхъ, но даже и человѣческая натуральная оспа не предохраняетъ его отъ вторичнаго зараженія, а даже будто-бы располагаетъ къ новому заболѣванію; а если двукратное заболѣваніе оспой встрѣчается сравнительно рѣдко, такъ это только потому, будто-бы, что одинъ и тотъ же субъектъ рѣдко встрѣчаетъ въ своей жизни случай заразиться оспой; Бразоль, наприм., прямо говоритъ, что двукратное заболѣваніе оспой встрѣчается также рѣдко, какъ и двукратный переломъ ноги у одного и того же субъекта, но никто вѣдь не утверждаетъ, говоритъ онъ, что переломъ ноги застраховываетъ отъ повторенія перелома.

Въ виду подобныхъ воззрѣній противниковъ оспопрививанія, я приведу здѣсь нѣкоторые новыя данныя, весьма убѣдительно доказывающія предохранительное значеніе оспопрививанія. — Я имѣю въ виду результаты занятій коммиссіи, избранной германскимъ Reichstag'омъ въ 1883 г. для рѣшенія занимающаго насъ вопроса. Прежде всего она рѣшила въ положительномъ смыслѣ вопросъ о томъ, предохраняетъ-ли разъ перенесенная естественная оспа отъ вторичнаго заболѣванія этой болѣзнью? По этому поводу Koch привелъ цыфры Bousquet'a, собранныя имъ изъ 30 большихъ эпидемій съ 1816 по 1841 годъ. По его даннымъ оказалась, что на 16,051 заболѣвшихъ оспой, вторично заразившихся было только 34 человѣка. Д-ръ Siegel собралъ цыфры оспенныхъ заболѣваній для Лейпцигскаго округа съ 1871 года: на 3188 заболѣвшихъ оспой пришлось только 26 уже раньше имѣвшихъ оспу.

Второй вопросъ — представляетъ-ли подобное предохраняющее вліяніе и вакцинація? былъ рѣшенъ тоже въ положительномъ смыслѣ. На разсмотрѣніе коммиссіи были представлены діаграммы сравнительной смертности отъ оспы въ Пруссіи и въ Австріи въ теченіе времени отъ 1816 по 82 годъ. Въ Пруссіи въ 1874 году введенъ законъ объ обязательномъ

оспопрививаніи. Мы приведемъ здѣсь только цифры съ 64-го по 82-й годъ, т. е. за 10 лѣтъ до этого закона и 8 лѣтъ послѣ его введенія. На каждые 100,000 жителей умерло отъ оспы:

Года.	Пруссіи.	Австріи.	Года.	Пруссіи.	Австріи.
1864.	46,25	84,73	1874.	9,52	178,19
1865.	43,78	45,53	1875.	3,60	57,73
1866.	62,0	36,85	1876.	3,14	39,28
1867.	43,17	47,8	1877.	0,34	53,78
1868.	18,81	33,91	1878.	0,71	60,59
1869.	19,49	35,18	1879.	1,26	50,83
1870.	17,52	36,30	1880.	2,60	64,31
1871.	243,21	39,28	1881.	3,62	82,67
1872.	262,37	139,93	1882.	3,64	—
1873.	35,65	323,36			

Д-ръ Grossheim привелъ цыфры оспенныхъ заболѣваній въ прусской арміи сравнительно съ заболѣваніями во французской и австрійской. Въ Пруссіи послѣ того, какъ въ 1834 г. было введено оспопрививаніе солдатъ, число оспенныхъ больныхъ въ арміи значительно уменьшилась, такъ что наивысшая годовая цыфра умершихъ отъ оспы съ 35-го по 69 годъ не превышала 9. Въ $^{70}/_{71}$ году, во время войны, прусс. армія, вступивъ въ страну, въ которой свирѣпствовала эпидемія оспы, тѣмъ не менѣе по относительной незначительности заболѣвшихъ, представила ясное доказательство предохраняющаго вліянія оспопрививанія; такъ какъ во всей дѣйствующей арміи было только 4,991 заболѣвшихъ и 297 (5,95%) умершихъ (по Roth'у умершихъ отъ оспы было 261) отъ оспы. Въ слѣдующій затѣмъ 10-и лѣтній періодъ прусская армія имѣла 376 оспенныхъ заболѣваній и 2 умершихъ отъ оспы, тогда какъ французская армія, потерявшая во время войны 23,469 человѣкъ отъ оспы, за 9 лѣтъ (съ 1872 по 80 годъ) имѣла 5,586 оспенныхъ заболѣваній (въ среднемъ по 621 случаю въ годъ) и 588 умершихъ, т. е. *во французск. арміи за 9 лѣтъ было больше умершихъ, чѣмъ сколько заболѣло въ прусской арміи* за 10 лѣтъ. Изъ 372918 франц. плѣнныхъ, заболѣло оспой въ бытность ихъ въ Германіи 14178 и умерло 1963

(болѣе 13%), а изъ 300424 человѣкъ, недѣйствующей нѣмецкой арміи заболѣло всего 3472 и умерло 162 (4,66%).

Въ австрійской арміи за 9 л. съ 1872 по 80 годъ заболѣло оспой 6120 и умерло 373. Начиная съ 1874 года, когда въ Германіи введенъ законъ объ обязательномъ оспопрививаніи, по которому каждый новобранецъ подвергался ревакцинаціи, и по 83 годъ, въ герман. арміи смертность отъ оспы исчезаетъ совсѣмъ (Врачъ. 1886 г., № 19).

Къ этому прибавимъ еще данныя, приводимыя Pfeiffer'омъ (Die Vaccination. 1884, стр. 83), относительно Баваріи. Въ Баварской арміи обязательное оспоприв. введено съ 43 года и съ этихъ поръ до 57 года не было ни одного смертельнаго случая оспы. Въ 1871 году среди гражданскаго населенія было 30742 случая оспы; въ томъ числѣ было 29420 (95,7%) привитыхъ и 1313 (4,3%) непривитыхъ (такая разница объясняется тѣмъ, что въ Баваріи непривитыхъ очень мало) процент. смертности былъ таковъ:

у непривитыхъ. . .	60,1%
у привитыхъ. . . .	13,6%
у ревакцинирован.	8,2%

Изъ приведенныхъ данныхъ достаточно ясно видно предохранительное значеніе вакцинаціи относительно заболѣваемости оспой, и въ особенности, относительно смертности.

Jenner былъ правъ, утверждая, что вакцинація дѣлаетъ человѣка не воспріимчивымъ къ оспѣ, но онъ ошибался, думая, что невоспріимчивость остается на всю жизнь. Въ дѣйствительности бываетъ такъ, что случаи пожизненной невоспріимчивости встрѣчаются не часто, въ большинствѣ-же случаевъ расположеніе къ оспѣ съ годами возвращается, но не вдругъ во всей своей силѣ, а постепенно. Этой то постепенностью возстановленія воспріимчивости объясняется тотъ фактъ, что тяжелая оспа у вакцинированныхъ дѣтей встрѣчается очень рѣдко и тѣмъ рѣже, чѣмъ моложе ребенокъ, т. е. чѣмъ ближе время заболѣванія къ моменту вакцинаціи, тогда какъ у взрослыхъ, вакцинированныхъ въ дѣтствѣ, нерѣдко

бываетъ и смертельная оспа. Для избѣжанія этого послѣдняго обстоятельства необходимо черезъ нѣсколько лѣтъ повторять вакцинацію, т. е. *ревакцинировать*. Черезъ сколько именно лѣтъ слѣдуетъ ревакцинировать—трудно сказать, такъ какъ воспріимчивость къ оспѣ послѣ вакцинаціи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ возстановляется по своему: у одного ревакцинація удается ужъ черезъ годъ, а у другого и черезъ 10 лѣтъ не привьется; зависитъ это главнымъ образомъ отъ индивидуальныхъ особенностей, но также и отъ второстепенныхъ обстоятельствъ, каковы, напр., число уколовъ, сила мѣстной реакціи, характеръ лимфы и проч. Если бы оспа всегда была-бы болѣзнью легкой, то въ вакцинаціи не было-бы нужды, а такъ какъ наблюденія показываютъ, что въ первые 7—10 лѣтъ послѣ удачной вакцинаціи оспа почти никогда не бываетъ тяжелой, то раньше этого срока ревакцинаціи не требуется, за исключеніемъ развѣ случаевъ появленія въ данной мѣстности эпидеміи оспы. Вообще принято ревакцинировать черезъ 10-и-лѣтніе промежутки. Я совѣтую обыкновенно первую ревакцинацію дѣлать въ 7 лѣтъ и по результатамъ ея сужу о томъ съ какой быстротой у даннаго субъекта возвращается воспріимчивость къ оспѣ, такъ какъ чѣмъ больше воспріимчивость, тѣмъ лучше и правильнѣе развиваются ревакцинальныя пустулы. Если они близко подходятъ къ типу обыкновенныхъ пустулъ вакцины, то воспріимчивость успѣла, стало быть, возстановиться вполнѣ и слѣдовательно слѣдующую ревакцинацію надо повторить еще раньше, напр., черезъ 5 лѣтъ, если-же первая ревакцинація не удалась или дала только абортивныя пустулы, то слѣдующую ревакцинацію можно дѣлать позднѣе, напр., черезъ 10 лѣтъ, а если и первая и вторая ревакцинація остались безъ результата, то можно думать, что въ данномъ случаѣ воспріимчивость совсѣмъ потушена и не возстановится болѣе.— Слѣдуетъ однако замѣтить, что обратнаго заключенія сдѣлать нельзя, такъ какъ принявшаяся вакцина не можетъ считаться безусловно вѣрнымъ признакомъ возвратившейся воспріимчивости къ оспѣ, что видно изъ того, что вакцина нерѣдко даетъ положительный результатъ даже и у перенес-

шихъ натуральную оспу или принимается послѣ того, какъ прививка натуральной оспы осталась безъ успѣха, на каковые случаи указывалъ еще Jenner; на этомъ основаніи можно предполагать, что расположеніе къ вакцинѣ у человѣка больше, чѣмъ къ оспѣ.

Такъ какъ давно ужъ было подмѣчено, что разъ перенесенная легкая оспа предохраняетъ даннаго субъекта отъ болѣе тяжелаго заболѣванія, то задача предохранительнаго лѣченія сводится къ тому, чтобъ тѣмъ или другимъ способомъ вызвать искусственнымъ образомъ легкое заболѣваніе оспой у субъекта, которого желаютъ предохранить. Нѣкоторые изъ восточныхъ народовъ еще до Рождества Христова знали, что можно ослабить силу оспеннаго яда, если вводить его черезъ кожу, и на этомъ основаніи у Китайцевъ, Персовъ и др. уже очень давно практиковалось привитіе лимфы или корокъ, взятыхъ съ пустулъ отъ больного натуральной оспой. Этотъ способъ предохранительнаго лѣченія въ началѣ прошлаго столѣтія перешелъ въ Европу и подъ именнемъ *инокуляціи* практиковался до конца столѣтія во всѣхъ Европейскихъ государствахъ въ громаднѣйшихъ размѣрахъ, причемъ для лучшаго достиженія цѣли, т. е. для болѣе вѣрнаго ослабленія дѣйствія яда, прививаемая лимфа бралась отъ субъектовъ, имѣвшихъ легкую форму оспы и въ особенности отъ инокулированныхъ. Способъ этотъ, давая гарантію не заболѣть оспой инокулированному, имѣлъ-то громадное неудобство, что каждый изъ инокулированныхъ являлся разсадникомъ оспенной заразы и заражалъ тѣхъ, кому оспа не была еще привита и кто приходилъ съ нимъ въ соприкосновеніе; по этой причинѣ, а также и потому что въ послѣднее года XVIII столѣтія Jenner открылъ болѣе удобный и безопасный способъ предохранительнаго лѣченія посредствомъ привитія лимфы, взятой изъ оспенныхъ пузырьковъ коровы,—*вакцинація*, инокуляція была не только всѣми оставлена, но и запрещена закономъ и въ настоящее время позволительно прибѣгать къ ней только при исключительныхъ условіяхъ, когда предохранять отъ оспы необходимо и какъ можно скорѣе, а вакцины достать негдѣ, какъ, напр., при появленіи оспы на кораблѣ и т. п.

Способъ Jenner'a, или такъ называемая вакцинація отличается отъ инокуляціи тѣмъ, что вмѣсто лимфы натуральной оспы человѣка, для прививокъ берется лимфа изъ оспенныхъ пустулъ коровы; прививается слѣдовательно, не человѣческая, а коровья оспа. Но ядъ коровьей оспы есть, вѣроятно, не что иное, какъ тотъ же самый ядъ человѣческой оспы, но только ослабленный и модифицированный тѣмъ, что онъ культивировался на кожѣ коровы. Мы имѣемъ право думать такъ потому, что мы можемъ фабриковать вакцину искусственно, если обладаемъ достаточнымъ терпѣніемъ и имѣемъ подъ руками теленка или корову и извѣстный запасъ лимфы человѣчеекой оспы. Терпѣніе нужно потому, что прививка оспы человѣка къ коровѣ удается далеко не такъ легко, какъ прививка отъ человѣка къ человѣку или отъ теленка—теленку. Если же прививка удается, то уже въ 1-й же генераціи сила яда оказывается значительно ослабленной, хотя при прививкѣ его ребенку, кромѣ мѣстныхъ пустулъ, появляется иногда и послѣдовательное высыпаніе оспы на другихъ мѣстахъ и вторичная лихорадка около 10-го дня, подобно тому, какъ случается это обыкновенно и при инокуляціи. Прививка ребенку лимфы, прошедшей черезъ организмъ нѣсколькихъ коровъ, т. е. лимфы 3—4-й генераціи, производитъ у него только мѣстныя пустулы, ничѣмъ не отличающіяся отъ вакцинальныхъ пустулъ, производимыхъ прививкой лимфы самородной вакцины. Проходя черезъ организмъ коровъ, оспенный ядъ не только ослабляется до такой степени, что не можетъ уже вызывать общаго высыпанія, но измѣняется и въ другомъ отношеніи, именно утрачиваетъ свойства летучаго яда, т. е. не передается черезъ воздухъ. Извѣстный экспериментаторъ по этой части д-ръ Thiele изъ Казани (1839), на основаніи многочисленныхъ опытовъ, пришелъ къ заключенію, что такъ называемая вакцина (оспа коровъ) есть болѣзнь не спеціально свойственная коровамъ, а перенесенная на нихъ съ человѣка и что слѣдов., источникомъ вакцины надо считать не корову, а человѣка.

Посредствомъ подобныхъ же экспериментовъ было доказано, что ослабленіе оспеннаго яда до степени вакцины можетъ

быть достигнуто также посредствомъ культивировки его въ кожѣ лошади.

Въ настоящее время въ Европейскихъ государствахъ оспопрививаніе производится вакциной различнаго происхожденія; въ Англіи, напр., въ большомъ ходу лимфа, выведенная путемъ послѣдовательныхъ прививокъ человѣческой оспы отъ коровы коровѣ, а во Франціи и Германіи родоначальникомъ современной лимфы была самородная коровья оспа; особенной извѣстностью пользовалась лимфа найденная на коровахъ во Beaugency (1865 г.), Passy (1839), и нѣкоторыхъ другихъ мѣстахъ; можетъ быть, конечно, что и эти коровы были заражены человѣкомъ, но это неизвѣстно.

И такъ, въ настоящее время привитіе лимфы натуральной оспы оставлено и замѣнено привитіемъ вакцины. Вакцину берутъ или прямо съ теленка или съ того ребенка, которому она была привита — это такъ называемая *гуманизированная вакцина*. Эта послѣдняя имѣетъ то преимущество передъ телячьей вакциной, что легче прививается, т. е. даетъ ничтожный процентъ неудачъ и дольше сохраняетъ способность прививаться, т. е. легче консервируется. Гуманизированная лимфа, сохраняемая въ жидкомъ видѣ въ трубочкахъ, хорошо прививается даже черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, между тѣмъ какъ коровья лимфа утрачиваетъ свою силу съ каждымъ днемъ, а потому ее слѣдуетъ прививать прямо съ теленка. Сила мѣстной реакціи вокругъ пустулъ при гуманизированной и телячьей лимфѣ приблизительно одинакова. Довольно распространенное мнѣніе, будто телячья оспа вызываетъ болѣе сильное воспаленіе на мѣстѣ уколовъ, справедливо только для самородной коровьей оспы или для той, что искусственно производится у коровы посредствомъ прививки ей человѣческой натуральной оспы. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ пустулы развиваются медленнѣе, созрѣваніе ихъ сопровождается болѣе сильной и болѣе распространенной рожистой краснотой, корки отпадаютъ позднѣе, но черезъ нѣсколько генерацій интензивность дѣйствія яда ослабляется, такъ что иногда прививки остаются даже безъ результата, или даютъ скоро созрѣвающія, поверхностныя пустулы. Оживить подобную вы-

рождающуюся лимфу можно посредствомъ прививки ея съ ребенка на теленка; эта регенерація лимфы посредствомъ ретровакцинаціи является въ настоящее время общеупотребительнымъ способомъ, такъ какъ самородная оспа у коровъ встрѣчается крайнѣ рѣдко, а искусственное воспроизведеніе вакцины посредствомъ привитія коровамъ человѣческой оспы слишкомъ хлопотливо.

Нѣкоторые оспоприививатели, наприм., Pissin (D. vaccination. 1874 г., стр. 95—96) не признаютъ вырожденія лимфы, прививаемой отъ теленка теленку и думаютъ, что кажущееся вырожденіе лимфы, заставившее нѣкоторые оспопрививательные институты оживлять лимфу посредствомъ ретровакцинаціи, зависѣло просто отъ неумѣлаго обращенія съ лимфой и главнымъ образомъ оттого, что ее снимали съ теленка не на 4—5 день, когда лимфа обладаетъ наибольшей силой, а позднѣе, или брали телятъ несовсѣмъ здоровыхъ, (извѣстно, напр , что телята, страдающіе поносомъ, даютъ очень плохую лимфу) и отъ другихъ тому подобныхъ причинъ.

Хотя гуманизированная лимфа, прививаемая съ ручки на ручку справедливо считается самымъ лучшимъ матеріаломъ для вакцинаціи, такъ какъ почти не даетъ неудачъ и легко прививается при всякой техникѣ и даже въ рукахъ малоопытныхъ людей, но тѣмъ не менѣе, въ настоящее время этотъ способъ вакцинаціи почти совсѣмъ оставленъ, въ виду нѣкоторыхъ присущихъ ему недостатковъ. Во 1-хъ, для массовыхъ прививокъ трудно наготовить достаточное количество гуманизированной лимфы; во 2-хъ, снятіе лимфы можетъ быть не совсѣмъ безразлично для того, съ кого она снимается, если не въ смыслѣ предохраненія его отъ оспы, то хоть относительно заболѣванія рожей; въ 3-хъ, наконецъ, и это самое главное, при этомъ способѣ прививки возможно заразить вакцинируемаго сифилисомъ. Въ виду сказанныхъ неудобствъ теперь во всѣхъ оспопрививательныхъ институтахъ (кромѣ англійскихъ) примѣняется вакцинація телячьей лимфой.

Если бы, всетаки, кто нибудь пожелалъ привить гуманизированную лимфу, то надо брать ее, во 1-хъ, съ правильно развитой пустулы; во 2-хъ, не ранѣе 5-го и не позднѣе 7-го дня; въ 3-хъ, чтобы ребенокъ, съ котораго берется лимфа, былъ-бы во всѣхъ отношеніяхъ здоровымъ и отъ здоровыхъ родителей, а главное, чтобы онъ не представлялъ бы никакихъ

поводовъ подозрѣвать у него возможность врожденнаго сифилиса, хотя-бы и въ скрытомъ періодѣ. Нельзя снимать лимфу съ пустулъ, вокругъ которыхъ появилась краснота. Въ это время (на 8-й день и позже) лимфы, конечно, больше, но за то она не такъ вѣрно прививается и вызываетъ болѣе сильное реактивное воспаленіе и чаще осложняется рожей.

При привитіи съ руки на руку верхушка пустулы (около пупка) прокалывается ланцетомъ и берутъ на его кончикъ только тѣ капли лимфы, которыя сами вытекаютъ, но выдавливать пустулы отнюдь не слѣдуетъ.

Въ недалекомъ прошломъ, лѣтъ 20 тому назадъ, во всеобщемъ употребленіи была прозрачная лимфа, которая получалась изъ 4—5-и дневныхъ оспенныхъ пустулъ теленка. Но такая лимфа давала при прививкахъ довольно большой процентъ неудачъ, требовала аккуратной техники и получалась съ одного теленка не въ особенно большомъ количествѣ, примѣрно, человѣкъ на 50—100 и трудно сохранялась. За послѣдніе года всѣ эти недостатки устранены, именно съ тѣхъ поръ, какъ вмѣсто прозрачной лимфы стали брать для прививокъ всю пустулу цѣликомъ (посредствомъ выскабливанія) такъ назыв. оспенный детритъ и научились значительно увеличивать количество прививаемаго матеріала посредствомъ прибавленія къ нему глицерина. Оспенный детритъ, растертый съ глицериномъ, удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ, которыя могутъ быть предъявлены для хорошей лимфы и пожалуй, не уступаетъ гуманизированной: онъ долго сохраняетъ свою силу, легко прививается при всякой техникѣ, даетъ ничтожный процентъ неудачъ и вызываетъ лишь умѣренную реакцію на мѣстѣ прививки.

Детритъ употребляется въ видѣ различныхъ консервовъ, каковы порошокъ Reissner'а, экстрактъ *Pissin'a*, эмульсія Wesche и друг. Лучшимъ препаратомъ считается эмульсія, которая хорошо сохраняется въ теченіе многихъ недѣль; по способу Wesche она приготовляется такъ: оспенная масса, выскобленная острой ложечкой, сейчасъ-же растирается небольшими порціями въ агатовой ступкѣ, съ прибавкой нѣкотораго количества воды; потомъ, при постоянномъ растираніи по-

степенно прибавляется химически чистый глицеринъ, въ такомъ количествѣ, чтобы вся смѣсь приняла-бы видъ довольно жидкой эмульсіи. Весь секретъ приготовленія хорошей эмульсіи состоитъ въ продолжительномъ растираніи, такъ что для приготовленія эмульсіи изъ всего количества детрита доставляемаго однимъ теленкомъ, требуется нѣсколько часовъ. Хорошо приготовленная эмульсія должна быть совершенно равномѣрнаго, блѣдно-красноватаго цвѣта, имѣть видъ жидкой кашицы, въ которой отнюдь не должно быть видно свѣтлыхъ капелекъ глицерина или отдѣльныхъ зернышекъ детрита. Если въ лимфѣ при стояніи образуются ясно различимые слои глицерина, отдѣлившагося отъ остальнаго содержимаго, то это указываетъ на то, что растираніе произведено не достаточно тщательно и что слѣдов., эмульсія приготовлена не хорошо. Количество оспенной массы относится къ глицерину приблизительно какъ 1:5. Съ одного теленка можно получить такимъ способомъ лимфы для 2000 уколовъ. Глицериновая эмульсія хорошо сохраняется въ холодномъ мѣстѣ въ теченіе нѣсколькихъ недѣль; однако, детритъ, по справедливому замѣчанію Губерта (Прививание теляч. оспы, 1887, стр. 205) кромѣ вакциннаго яда содержитъ въ себѣ „массу всякой дряни“, которая можетъ быть причиной различныхъ осложненій на мѣстѣ прививки, для избѣжанія которыхъ новѣйшіе оспопрививатели требуютъ прибавлять къ детриту, во время приготовленія его, тѣ или другія дезинфецирующія вещества. Если детритъ предполагаютъ хранить долго, напр., 2—10 мѣсяцевъ, то Губертъ совѣтуетъ смѣшивать его въ равныхъ количествахъ съ 0,01% растворомъ сулемы (Rp. Hydr. mur. cor. gr. j. Glycer. ℥j. Aq. destill. ℥xx). Если же детритъ предполагается расходовать черезъ нѣсколько дней послѣ приготовленія, то вакцинный ядъ свободно выноситъ прибавку и болѣе крѣпкихъ растворовъ, напр.: Rp. Hydrarg. muriatici cor. gr. j, glycer. ʒjjβ, aq. destil. ʒXIV. S. Растворъ 0,1%; на одну часть детрита берутъ 0,5—1—4 частей раствора. Freund (Die animale Vaccination. 1887) совѣтуетъ смазывать кожу ребенка на мѣстѣ прививки 0,02% растворомъ сублимата въ спиртѣ или въ скипидарѣ.

Оспу можно прививать различными способами, именно уколомъ, надрѣзомъ и приложеніемъ лимфы на обнаженное отъ эпидермиса мѣсто (посредствомъ мушки или соскабливанія). Чѣмъ сильнѣе лимфа, т. е. чѣмъ легче она прививается, тѣмъ меньше ея требуется для удачной прививки, а потому для слабой лимфы, напр., слишкомъ сильно разведенной, лучше прибѣгать къ надрѣзамъ (или татуировкѣ или удаленію эпидермиса мушкой); для хорошей лимфы, напр., для гуманизированной и для детрита, достаточно простого укола. Преимущества укола передъ надрѣзомъ состоятъ въ большей быстротѣ производства операціи (что особенно важно при массовыхъ прививкахъ) и въ меньшей степени мѣстной рекціи, такъ какъ и сама пустула при уколѣ бываетъ меньшихъ размѣровъ; а преимущества надрѣза состоятъ въ большей вѣрности этого способа; особенно если разрѣзъ дѣлается крестообразный.

Какъ уколъ, такъ и надрѣзъ не должны идти глубже мальпигіева слоя и потому, при правильно произведенной операціи, кровотеченія быть не должно; достаточно. если кровь только покажется на мѣстѣ операціи. Конечно, если и стечетъ капли 2—3 крови изъ укола, бѣды никакой не будетъ, потому что лимфа этимъ не смоется и успѣхъ, стало быть, будетъ, но при такомъ способѣ прививки операція является болѣзненной и заставляетъ ребенка плакать безъ всякой нужды.

При правильномъ теченіи вакцины, у ребенка въ первые три дня не должно быть замѣтно никакой реакціи и потому узнать въ это время примется ли оспа или нѣтъ—нельзя. На 4-й день мѣсто укола начинаетъ краснѣть и приподымается въ видѣ маленькой папулы. Въ теченіе слѣдующихъ дней папула постепенно увеличивается до 8-го дня и принимаетъ видъ плоскаго, совершенно круглаго (при прививкѣ надрѣзомъ—овальнаго) пузырька съ вдавленіемъ (пупкомъ) въ центрѣ, и окруженнаго небольшимъ краснымъ фономъ. Содержимое пузырька до сихъ поръ имѣетъ видъ прозрачной, клейкой, жидкой лимфы. Съ 8-го дня содержимое оспинки начинаетъ мутнѣть отъ примѣси гнойныхъ тѣлецъ и вмѣстѣ съ тѣмъ

увеличивается по поверхности окружающая пустулу краснота; съ этихъ поръ ребенка начинаетъ лихорадить, онъ не спокойно спитъ, много капризничаетъ. *Maximum* красноты и лихорадки приходится на 9—10-й день; въ это же время замѣчается иногда даже инфильтрація подкожной клѣтчатки въ области уколовъ и болѣзненная припухлость сосѣднихъ (подмышковыхъ) железъ. На слѣдующій день мѣстныя и общія реактивныя явленія начинаютъ уменьшаться и наступаетъ періодъ подсыханія, выражающійся появленіемъ темной корочки въ центрѣ пустулы; эта корочка съ каждымъ днемъ увеличивается по направленію къ периферіи и къ 12—14-му дню вся пустула превращается въ толстую, темно-бураго цвѣта корку, которая дней черезъ 11—14 отпадаетъ, обнажая образовавшійся подъ ней рубецъ.

Нѣкоторыя отклоненія отъ описаннаго хода вакцины не имѣютъ особаго значенія; сюда относятся, напр., запоздалое развитіе пустулъ, когда скрытый періодъ вмѣсто трехъ дней продолжается съ недѣлю; (въ исключительныхъ случаяхъ—гораздо дольше, даже до 6-и мѣсяцевъ) отсутствіе лихорадки около 8—10 дня; слишкомъ мало выраженная краснота на 10-й день. Предохранительная сила вакцины въ такихъ случаяхъ всетаки наступаетъ. Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, и лихорадка и краснота достигаютъ ненормально большого развитія, такъ что температура подымается, напр., до 40°, причемъ у груднаго ребенка могутъ появиться и судороги.

Слишкомъ раннее развитіе пустулъ, напр., послѣ 1—2 дней скрытаго періода, считается неблагопріятнымъ признакомъ: развитіе и подсыханіе пустулъ идетъ въ такомъ случаѣ ускореннымъ темпомъ или даже не проходитъ всѣхъ своихъ періодовъ, а абортируется на степени пузырька и рубцовъ не остается. Эта, такъ называемая, vaccinella, по Pfeiffer'у, можетъ происходить подъ вліяніемъ различныхъ причинъ, напр., если прививаютъ вакцину недавно и съ успѣхомъ вакцинированному; если вакцинируютъ лимфой, снятой слишкомъ поздно или съ плохо развитыхъ пузырьковъ вакцины или ревакцины,—если лимфа долго сохранялась. Въ общемъ можно сказать, что вакцинелля происходитъ или оттого, что лимфа

слаба или оттого что субъектъ мало воспріимчивъ къ оспѣ. Въ такомъ случаѣ черезъ нѣкоторое время (нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ) вакцинацію слѣдуетъ повторить, хотя она и не всегда удается, такъ какъ для достиженія иммунности, наличности правильно развитой пустулы вовсе не требуется и опытами послѣдовательной прививки несомнѣнно доказано, что невоспріимчивость можетъ появиться и при вакцинѣ безъ сыпи, но съ лихорадкой на 8-й день. Chaveau производилъ такую вакцину безъ сыпи умышленно, инъецирую лимфу въ подкожную клѣтчатку. Пустула нужна не больному, а врачу, чтобъ онъ могъ быть увѣренъ, что вакцинація произведена съ успѣхомъ; для него это своего рода ярлыкъ.

Въ противоположность случаямъ вакцины безъ сыпи, можно поставить не менѣе рѣдкіе случаи вакцины съ высыпаніемъ пузырьковъ и папулъ по всему тѣлу, въ періодѣ появленія вакцинальной лихорадки. Пузырьки носятъ на себѣ характеръ варицеллезныхъ: они однокамерные, поверхностные и содержатъ прозрачную жидкость, не способную давать удачную прививку.

Матери часто спрашиваютъ врача о томъ, какъ держать ребенка послѣ вакцинаціи: можно-ли его купать, выносить на воздухъ, надо-ли его кутать или держать прохладно и т. п. Обычная гигіэно-діэтическая обстановка должна остаться той-же самой, что рекомендуется и для здоровыхъ дѣтей, но только съ небольшими ограниченіями.

Купать ребенка можно только въ первые три дня, т. е. во время скрытаго періода, а съ 4-го дня, когда начинаетъ развиваться пузырекъ, ванны не дѣлаются болѣе, такъ какъ пузырекъ случайно можетъ быть разцарапанъ и это обстоятельство можетъ подать поводъ къ какому нибудь осложненію, въ видѣ, напр., рожи или изъязвленія мѣста прививки. Съ ваннами можно начать снова не ранѣе того времени, когда пустула совсѣмъ превратится въ корку, примѣрно съ 14-го дня.

Выносить на воздухъ лѣтомъ и вообще въ теплую погоду можно все время, не исключая и періода лихорадки, а зимой только въ первые 4 дня и потомъ съ 14-го.

Мѣстныхъ средствъ спеціально для пустулъ никакихъ не требуется; закрывать мѣсто прививки бинтомъ ненужно, если только ребенокъ не выказываетъ большой наклонности къ разцарапыванію пустулъ. Въ періодѣ нагноенія пустулъ, если краснота во кругъ нихъ слишкомъ распространена, то для облегченія чувства жара и напряженія въ кожѣ умѣстны мази съ примѣсью дезинфицирующихъ, напр., Rp. Ac. carbolici gr. X Vaselini ℥j или Rp. Ac. borici ʒj Vaselini ℥j. или антисептическая повязка.

Теченіе ревакцинальныхъ пустулъ отличается отъ нормальной вакцины главнымъ образомъ сравнительной коротностью и разнообразностью и скорѣе подходитъ къ вакцинѣ, вызванной прививкой ослабленной лимфы. Полный или идеальный успѣхъ, выражающійся тожествомъ ревакцинальной пустулы съ вакцинальной—встрѣчается рѣдко. Обыкновенно-же acme развитія пузырька достигается не на 9—10-й день, а на 5—7-й, сообразно чему и лихорадка наступаетъ дня на 2—3 раньше. Краснота кожи можетъ достигать при ревакцинѣ той-же степени какъ и при нормальной вакцинѣ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ распространяется даже до предплечья и сопровождается замѣтной опухолью подкожной клѣтчатки и болѣзненной припухлостью лимфатическихъ подкрыльцевыхъ железъ, но рубцы остаются болѣе поверхностными и нерѣдко съ годами исчезаютъ.

Абортивный ходъ всего процесса встрѣчается при ревакцинаціи значительно чаще чѣмъ при первой вакцинаціи, при чемъ во многихъ случаяхъ дѣло ограничивается образованіемъ небольшого пузырька, подсыхающаго уже на 4—5-й день, безъ замѣтной мѣстной и общей реакціи; но даже и такой результатъ имѣетъ предохранительное дѣйствіе, такъ какъ контрольныя прививки остаются обыкновенно безъ всякаго дѣйствія или вызываетъ только простое травматическое воспаленіе, исчезающее черезъ 1—2 сутокъ.

Судить о достоинствѣ ревакцинаціи, говоритъ Bohn, (Handb. d. Vaccin. S. 248) можно по тому дню на который приходится высшее развитіе процесса. Это можетъ случиться въ любой изъ первыхъ 7-и дней, и чѣмъ позднѣе, тѣмъ полнѣе успѣхъ.

Вѣрнымъ и *раннимъ* признакомъ послѣдующаго теченія ревакцины является *зудъ* на мѣстѣ уколовъ. Чѣмъ раньше онъ начинается, тѣмъ скорѣе достигнется и acme всего процесса. Если уколы начинаютъ зудѣть тотчасъ послѣ прививки, то результатъ будетъ ноль. Зудъ во 2-й половинѣ первыхъ сутокъ или въ началѣ слѣдующихъ, указываетъ на сильно модифицированный процессъ. При правильномъ ходѣ ревакцинаціи зудъ появляется только на 3-й день. Другой вѣрный признакъ успѣшности операціи мы имѣемъ въ *болѣзненной припухлости* подмыш. железъ, maximum котораго совпадаетъ съ acme процесса. Если считать за удачную ревакцинацію и абортивные случаи, то оказывается, что послѣ 13-и лѣтъ ревакцинація удается приблизительно отъ 60 до 80%. Въ виду меньшей воспріимчивости ревакцинируемыхъ, прививку лучше производить надрѣзомъ и съ руки ребенка, такъ какъ этотъ способъ всетаки самый вѣрный. Брать лимфу съ ревакцины для дальнѣйшихъ прививокъ не слѣдуетъ—авторитетные люди считаютъ ее за лимфу модифицированную, т. е. дѣйствующую слабо; впрочемъ, если ревакцинальныя пустулы развиваются совершенно правильно, такъ что по наружному виду не отличаются отъ пустулъ обыкновенной вакцины, то снимать съ нихъ лимфу позволяется.

Изъ различныхъ *осложненій* вакцины самымъ опаснымъ и не особенно рѣдкимъ считается *рожа*, которая является или въ первые дни послѣ прививки и называется тогда *ранней вакцинальной рожей* или въ періодѣ созрѣванія пустулъ—*поздняя вакцинальная рожа*, которая встрѣчается гораздо чаще чѣмъ первая. Причиной ранней рожи бываетъ или случайное занесеніе въ ранку рожистаго яда, напр., недизенфицированнымъ инструментомъ, пальцами и т. п. или дурное качество лимфы; въ первомъ случаѣ рожа можетъ появится, напр., у одного изъ многихъ вакцинированныхъ одной и той-же лимфой, а во второмъ случаѣ рожа показывается у большинства. Поздняя рожа стоитъ въ связи съ свойствами самой лимфы, такъ какъ около 8-го дня рожистая краснота, съ рѣзко обрѣзанными краями является непремѣннымъ спутникомъ каждой пустулы и поздняя рожа является только усиленіемъ нор-

мальнаго процесса, подъ вліяніемъ какихъ нибудь случайныхъ раздраженій. Какъ ранняя, такъ и поздняя рожа можетъ оставаться мѣстной болѣзнью или принять характеръ бродячей рожи, съ высокимъ лихорадочнымъ состояніемъ и съ другими обычными слѣдствіями и иногда съ смертельнымъ исходомъ.

Для предупрежденія развитія вакцинальной рожи всего важнѣе, конечно, соблюденіе чистоты во всемъ, что касается до вакцинаціи, начиная съ воздуха той комнаты, гдѣ производится операція. Непосредственно передъ вакцинаціей кожа на мѣстѣ уколовъ должна быть обмыта растворомъ сулемы (1,1000), инструменты—5% корбол. кисл. или слегка прокалены на пламени. Лимфа должна быть свѣжа и свѣтла; снимать ее надо не позднѣе 5-го дня (съ ребенка на 5—7-й д.), съ нормально развитыхъ пустулъ (не поврежденныхъ и не имѣющихъ воспалительнаго фона). Если прививка дѣлается не прямо съ теленка, а консервированной лимфой, то лучше прибавлять къ ней тѣ или другія антисептическія вещества.

Прививать оспу въ помѣщеніи, гдѣ есть рожистый больной или вообще при господствѣ рожи въ данной мѣстности, было бы преступленіемъ.

Если рожа всетаки появилась, то лѣченіе ея ведется по обыкновеннымъ правиламъ.

Изъ другихъ осложненій большое значеніе имѣютъ также флегмонозное воспаленіе въ окружности пустулъ, съ его послѣдствіями, въ видѣ гнойныхъ аденитовъ, піэміи и проч.

Къ числу не опасныхъ, но непріятныхъ осложненій относится образованіе *язвъ* на мѣстѣ пустулъ. Я называю это осложненіе непріятнымъ въ виду того, что такія язвы нерѣдко отличаются большимъ упорствомъ; онѣ довольно глубоки, съ рѣзкообрѣзанными краями и сальнымъ дномъ. Причину язвъ слѣдуетъ искать не въ свойствахъ лимфы, а въ случайныхъ условіяхъ, каковы нечистота, царапаніе пустулъ и другія раздраженія. Лѣченіе состоитъ въ строгой чистотѣ и въ прижиганіи язвъ ляписомъ, съ послѣдовательной перевязкой дезинфецирующей мазью.

Въ интересахъ діагностики упомяну еще о *вакцинальной пятнистой сыпи*, похожей на корь, но отличающейся отъ нея

тѣмъ, что она щадитъ лицо, не сопровождается катарральными явленіями и не высыпаетъ на слиз. обол. зѣва. Черезъ 2—3 дня красныя пятна сыпи безслѣдно исчезаютъ.

Behrend въ своемъ учебникѣ кожныхъ болѣзней описываетъ еще подъ именемъ exanthemata vaccinalia—крапивницу, eryth. vacc. exudativum, везикулезныя, буллозныя и пустулезныя высыпи.

Всѣ эти сыпи появляются или въ первые дни послѣ прививки или въ періодѣ лихорадки (9 — 11 день). Всѣ онѣ доброкачественны и скоро исчезаютъ безъ всякаго лѣченія.

Когда всего лучше прививать оспу ребенку? Если ребенокъ здоровъ, то лучше прививать ему оспу въ промежутокъ времени отъ 4 до 6 мѣсяца. Нѣкоторые совѣтуютъ вакцинировать дѣтей въ первыя недѣли жизни, но это неудобно, такъ какъ въ этомъ возрастѣ встрѣчается большій процентъ неудачъ, а въ случаѣ положительнаго результата мѣстная реакція легко переходитъ за нормальные предѣлы. Послѣ 6-и мѣсяцевъ избѣгаютъ вакцинировать дѣтей въ виду наступающаго періода прорѣзыванія зубовъ, но дѣлается это, какъ кажется, больше въ видѣ уступки предразсудку публики, чѣмъ на раціональномъ основаніи. Прорѣзываніе зубовъ само по себѣ не составляетъ противопоказанія для производства вакцинаціи, а если ребенокъ чѣмъ нибудь боленъ, то все равно слѣдуетъ отложить оспопрививаніе независимо отъ того, рѣжутся-ли у него зубы или нѣтъ. Безъ особой нужды (когда нѣтъ эпидеміи оспы) не слѣдуетъ прививать оспу дѣтямъ вообще хворымъ и особенно страдающимъ ясновыраженнымъ рахитизмомъ или мокнущей экцемой, такъ какъ и то и другое можетъ усилиться подъ вліяніемъ оспопрививанія. Въ подобныхъ случаяхъ лучше отложить вакцинацію на годъ и больше, словомъ впредь до выздоровленія.

Если первая вакцинація осталась безъ результата, то надо повторить ее черезъ недѣлю или черезъ двѣ, а если и эта не удастся, а между тѣмъ лимфа была завѣдома хороша, то значитъ, въ данное время этотъ ребенокъ не воспріимчивъ къ оспѣ. Подобная невоспріимчивость можетъ быть временной

и потому у такихъ дѣтей вакцинацію слѣдуетъ повторять каждый годъ, пока не получатся хорошія пустулы.

Изъ острыхъ болѣзней, не мѣшающихъ вакцинаціи, укажемъ на коклюшъ, который иногда тоже облегчается подъ вліяніемъ вакцинальной лихорадки, а изъ хроническихъ—сифилисъ, который относится къ вакцинаціи совершенно индеферентно.

Въ какое время года лучше производить вакцинацію— это почти все равно. Жаркое лѣто считается, впрочемъ, менѣе удобнымъ, такъ какъ пустулы принимаютъ сравнительно болѣе быстрое теченіе и чаще яко бы случаются осложненія рожей.

Въ публикѣ циркулируетъ ложное убѣжденіе, будто не слѣдуетъ прививать оспу во время господства оспенной эпидеміи, причемъ предполагается, что вакцинація въ такомъ случаѣ располагаетъ къ зараженію оспой. Этотъ взглядъ не только совершенно ложенъ, но и вреденъ. Основанъ онъ на дурно истолкованномъ фактѣ, состоящемъ въ томъ, что во время эпидеміи оспы дѣйствительно случается такъ, что оспенная сыпь развивается одновременно съ вакциной, но не оттого конечно, что вакцинированный получилъ особое расположеніе къ оспѣ, а потому, напротивъ, что оспопрививаніе было произведено во время скрытаго періода оспы, т. е. когда субъектъ былъ ужь зараженъ. Что это дѣйствительно такъ, видно изъ того, что періодъ инкубаціи при оспѣ равняется minimum 8-и днямъ, а при вакцинѣ тремъ; слѣдовательно еслибъ больной заразился оспой уже послѣ вакцинаціи, то натуральная оспа не могла бы протекать одновременно съ вакциной, а начала бы высыпать лишь въ періодѣ подсыханія. Наблюденія и прямые опыты показали, что предохранительное дѣйствіе вакцины достигаетъ значительной степени съ 5—6-го дня, такъ что если привить вакцину на 3 или 4-й день періода инкубаціи оспы, то можно предотвратить ея развитіе или по крайней мѣрѣ, значительно ослабить ее; человѣкъ, которому только что привита вакцина, можетъ совершенно безъ риска ухаживать за самымъ опаснымъ оспеннымъ больнымъ.

Прекратить эпидемію оспы, появившуюся въ какомъ нибудь мѣстечкѣ, можно только посредствомъ поголовной вакцинаціи, какъ это было, напр., въ итальянской деревнѣ Cancasio (500 жителей), гдѣ сильнѣйшая оспа была немедленно прекращена знаменитымъ вакцинаторомъ Sacco, произведшимъ оспопрививаніе всѣмъ жителямъ еще не имѣвшимъ оспы.

Въ силу всего сказаннаго, слѣдуетъ прививать оспу немедленно, какъ только въ домѣ появится случай натуральной оспы. При подобныхъ обстоятельствахъ вакцинація производится всѣмъ поголовно, какъ здоровымъ, такъ и больнымъ, какъ новорожденнымъ, такъ и взрослымъ.

Сколько уколовъ надо дѣлать, чтобъ достигнуть полной иммунности? Несомнѣнно, что и одна, хорошо развитая пустула производитъ уже полную невоспріимчивость къ оспѣ, по крайней мѣрѣ на нѣкоторое время, но вопросъ въ томъ, одинаково-ли скоро возвращается воспріимчивость къ оспѣ послѣ одной пустулы и послѣ нѣсколькихъ? Въ этомъ отношеніи въ лучшемъ условіи находятся, кажется, тѣ, что имѣютъ нѣсколько рубцевъ; Feiler, напр., замѣтилъ, что при ревакцинаціи дѣтей на 6-мъ году жизни, положительный результатъ получается почти у всѣхъ имѣвшихъ прежде одну пустулу (одинъ рубецъ), а при 4—8 рубцахъ ревакцинація почти никогда не удается (въ этомъ возрастѣ), а потому лучше добиваться четырехъ пустулъ, а такъ какъ часто не всѣ уколы принимаются, то принято дѣлать ихъ въ количествѣ шести, т. е. на каждой рукѣ по 3.

Значеніе числа хорошо развитыхъ пустулъ по отношенію возстановленія воспріимчивости подтверждается также отчетомъ Metropolitan Asylum Board (Pfeiffer. l. c. c. 86), о послѣдней Лондонской оспенной эпидеміи до 30 апрѣля 1872 года. Оказывается, что изъ 3085 случаевъ, въ которыхъ было обращено вниманіе на рубцы, смертность отъ оспы среди лицъ, не имѣвшихъ рубцевъ, равнялось 47,5%; при одномъ неясномъ рубцѣ = 25%; при одномъ ясномъ рубцѣ=5,3; при двухъ рубцахъ=4 1; при трехъ=2,3 и при четырехъ=1,%.

Но въ литературѣ имѣются, конечно, и противоположныя данныя; укажу напр., на работу Lalagade, директора оспоприв. въ департаментѣ Tarn. На основаніи своихъ наблюденій, онъ убѣдился, что наибольшее расположеніе къ оспѣ оказывается именно у субъектовъ съ ясно замѣтными рубцами. Его статистика относится къ 11,048 случаямъ ревакцинаціи. У субъектовъ съ однимъ рубцомъ ревакцинація дала правильно развитыя пустулы только въ 13%, а

при нѣсколькихъ рубцахъ % удачи былъ тѣмъ выше, чѣмъ больше было рубцовъ, такъ что при 8 рубцахъ онъ равнялся 51.

Если у ребенка развилась только одна пустула, то можно сдѣлать ему дополнительную аутовакцинацію, для чего на 6—7-й день берутъ лимфу изъ имѣющагося пузырька и прививаютъ ее въ 3—4 новыхъ мѣстахъ. Страннымъ образомъ такая прививка обыкновенно удается, въ чемъ и я лично имѣлъ случай убѣдиться.

Впрочемъ по поводу числа уколовъ мнѣнія авторитетныхъ лицъ значительно расходятся. Jenner прививалъ только одну оспинку; Heim, Marlon, Bousquet по 6, во французскихъ и англійскихъ оспопрививательныхъ институтахъ дѣлаютъ по 5—6 уколовъ; въ германскихъ—6—8. Большаго числа уколовъ слѣдуетъ избѣгать потому, что, чѣмъ больше развивается пустулъ, тѣмъ сильнѣе, конечно, будетъ и общая и мѣстная реакція и скорѣе присоединится рожа.

Если нужда заставляетъ вакцинировать новорожденныхъ или слабыхъ и хворыхъ дѣтей, то для избѣжанія сильной реакціи я лично совѣтую прививать не болѣе двухъ оспинъ, но съ тѣмъ, чтобъ года черезъ два ревакцинировать ихъ.

При ревакцинаціи необходимо дѣлать сравнительно больше уколовъ или надрѣзовъ, такъ какъ обыкновенно принимаются не всѣ, особенно при употребленіи коровьей лимфы.

Наличность ясно замѣтныхъ рубцевъ доказываетъ только, что первая вакцинація была удачна и сопровождалась сильной реакціей, но они не позволяютъ судить о томъ, возстановилась-ли воспріимчивость къ оспѣ или нѣтъ, а потому ревакцинировать такихъ субъектовъ все равно нужно.

На болѣе-ли продолжительный срокъ предохраняетъ отъ оспы коровья лимфа сравнительно съ гуманизированной? это вопросъ пока еще не рѣшенъ и, повидимому, особой разницы въ этомъ отношеніи между этими двумя видами лимфы нѣтъ.— Вообще говоря, мы не имѣемъ признаковъ, по которымъ могли-бы судить, предохранитъ-ли прививка даннаго субъекта на долго или нѣтъ.

Въ заключеніе нѣсколько словъ о техникѣ прививанія.

Гуманизированная лимфа, съ ручки на ручку или въ видѣ консерва съ глицериномъ, прививается легко, и потому ее можно прививать уколомъ, какъ способомъ болѣе простымъ и скорымъ.

Уколъ производится оспопрививательнымъ или обыкновеннымъ ланцетомъ. Лѣвой рукой оспопрививатель фиксируетъ ручку ребенка и натягиваетъ кожу въ мѣстѣ прививки (область прикрѣпленія дельтовиднаго мускула); правой рукой онъ дѣлаетъ наискось уколъ, смоченнымъ лимфой, ланцетомъ чрезъ всю толщу эпидермиса; вынувши ланцетъ, онъ наноситъ на уколъ еще немного лимфы. Передъ каждымъ новымъ уколомъ, ланцетъ снова смачивается лимфой. Опытные оспопрививатели не только не наносятъ лимфу на уколы, но даже и смачиваніе ланцета дѣлаютъ черезъ 2—3 укола; но начинающимъ лучше брать новую порцію лимфы для каждаго укола.

Уколъ отъ укола дѣлаютъ на растояніи 2—2½ сантиметровъ.

Привитіе коровьей лимфы или даже детрита лучше производить надрѣзомъ посредствомъ того-же самаго оспопрививательнаго ланцета. На натянутой кожѣ дѣлаютъ очень поверхностный надрѣзъ, длиной около 1 сантиметра. Пальцами лѣвой руки края этого надрѣза разводятся (посредствомъ натяженія кожи) и потомъ лимфа или детритная эмульсія вводится въ нее приложеніемъ къ ней лезвія ланцета, смоченнаго лимфой.

Если для прививки употребляется паста или порошокъ, то ихъ надо предварительно размочить и растереть съ небольшимъ количествомъ воды и глицерина.

Если приходится повторять вакцинацію у ребенка, которому уже раза 2—3 безъ успѣха прививали оспу, то для большей вѣрности можно попробовать способъ прививки татуировкой, при которомъ въ одномъ мѣстѣ дѣлаются другъ около друга 8—10 уколовъ; или дѣлаютъ прививку крестообразными надрѣзами или двумя параллельными.

Послѣ прививки, на мѣстахъ уколовъ или надрѣзовъ показывается обыкновенно капелька крови, которой даютъ засохнуть, прежде чѣмъ одѣнутъ ребенка.

ВѢТРЕНАЯ ОСПА—VARICELLA.

Подъ именемъ вѣтреной оспы мы понимаемъ совершенно самостоятельную, острую, кантагіозную, сыпную болѣзнь, характеризующуюся появленіемъ на кожѣ мелкихъ пузырьковъ съ прозрачнымъ содержимымъ, развивающихся не изъ папулы, а на красномъ пятнѣ.

Въ теченіе нынѣшняго столѣтія, начиная съ первыхъ годовъ его, много спорили о самостоятельности варицелли, причемъ одни доказывали, что эта болѣзнь только похожа на оспу, но по свойству своего контагія совершенно отлична отъ нея, а другіе утверждали, что варицелля есть не что иное, какъ легкій видъ оспы. Въ началѣ нашего столѣтія за самостоятельность стояли приверженцы вакцинаціи, въ особенности Heim и Hesse, по мнѣнію которыхъ эта операція застроховывала вакцинированнаго на всю жизнь отъ оспы, а если нѣкоторые изъ нихъ и заболѣвали какъ-бы легкой формой, то это была уже не оспа, а сходная съ ней по симтпомамъ, но самостоятельная по контагію—варицелля. Противники оспопрививанія, считая варицеллю за оспу, пользовались ею, чтобъ доказывать безполезность вакцинаціи. Въ первые два десятилѣтія мнѣніе Heim'a и Hesse было почти общепринятымъ, по крайней мѣрѣ въ Германіи, такъ какъ въ Англіи и во Франціи, благодаря главнымъ образомъ вліянію Thomson'a, установившаго три степени оспы: variola, varioloid и varicella, послѣдняя не обращала на себя особаго вниманія.

Послѣ Heim'a и Hesse споръ о варицеллѣ какъ-то затихъ и не возобновлялся въ теченіе болѣе 25-и лѣтъ, такъ что Hebra, проповѣдовавшій въ 40-хъ и 50-хъ годахъ взглядъ Thomson'a, не встрѣтилъ противорѣчій. Въ 50-хъ годахъ, въ архивѣ Virchow'a, появилась статья дрезденскаго доктора Vetter'a за специфичность варрицели, и съ этого времени вопросъ вступилъ въ новую эру. На этотъ разъ горячій споръ завязался между педіатрами и дерматологами. Благодаря новымъ экспериментальнымъ даннымъ, выяснившимъ индиферентное отношеніе варицелли къ вакцинѣ и оспѣ, ученіе дуалистовъ (педіатровъ) установилось на прочномъ основаніи, такъ что въ настоящее время вопросъ о самостоятельности варицелли, повидимому, уже пересталъ быть вопросомъ, такъ какъ всѣ, кажется, согласны съ тѣмъ, что варицелля передается только какъ варицелля и, слѣдовательно, какъ болѣзнь контагіозная, она по свойству своего контагія не имѣетъ съ оспой ничего общаго. Изъ дѣятелей этого времени въ пользу дуализма работали Thomas, Fleischmann, Steiner, Trousseau и др., за идентизмъ Hebra, Kaposi и Kassowitz.

За специфичность вѣтреной оспы говорятъ главнымъ образомъ экспериментальныя данныя и клиническія наблюденія, выясняющія свойства контагія. Посмотримъ же, чѣмъ собственно онъ отличается отъ контагія оспы.

Этіологія.

Varicella поражаетъ *почти исключительно только дѣтей до 10-лѣтняго возраста* и почти никогда не встрѣчается послѣ 12-и лѣтъ, такъ какъ воспріимчивость организма къ этому яду съ возрастомъ постепенно уменьшается и къ 12-и годамъ совсѣмъ пропадаетъ,— а потому для отличія отъ легкихъ случаевъ оспы, ее справедливо называютъ varicella infantum. Если-бы варицелля была не чѣмъ инымъ какъ легкой оспой и такъ часто поражала бы дѣтей только потому, что въ этомъ возрастѣ свѣжо еще дѣйствіе вакцины, то въ такомъ случаѣ она встрѣчалась бы и у *ревакцинированныхъ* взрослыхъ, чего, однако, на дѣлѣ не бываетъ.

Возрастъ оказываетъ вліяніе не только на частоту заболѣванія варицеллей, но и на степень его, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ бываетъ такъ, что чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ сильнѣе проявляется у него варицелля, причемъ время, протекшее съ момента вакцинаціи, не оказываетъ никакого вліянія.

Эпидеміи varicellae встрѣчаются иногда безъ одновременнаго господства оспы, т. е. совершенно самостоятельно. Фактъ этотъ засвидѣтельствованъ какъ прежними врачами, такъ и новѣйшими писателями. Moël, напр., удостовѣряетъ, что въ Копенгагенѣ, въ періодѣ времени отъ 1809 до 1823 года постоянно наблюдались случаи varicellae, тогда какъ не было ни одного случая оспы и въ доказательство цитируетъ еще 4-хъ авторовъ, такъ что въ то время, говоритъ онъ, никто въ Копенгагенѣ не сомнѣвался въ самостоятельности варицелли. То же свидѣтельствуетъ Hesse для Wechselburg'а, гдѣ эпидеміи вѣтреной оспы встрѣчались въ теченіе 23-хъ лѣтъ (отъ 1806—1829 г.) безъ господства оспы.

Интересно также указаніе Murray'я, по наблюденіямъ котораго въ одной изъ колоній на мысѣ Доброй Надежды varicella господствуетъ эпидемически и никогда не даетъ повода къ распространенію оспы, эпидеміи которой появляются только послѣ заноса контагія извнѣ.

Специфичность варицеллезнаго контагія всего рѣзче выступаетъ изъ отношенія вѣтреной оспы къ вакцинѣ и къ оспѣ. Еще Jenner доказалъ существованіе того факта, что различные виды оспы какъ человѣка, такъ и животныхъ способны замѣщать другъ друга, какъ будто они находятся во взаимномъ противодѣйствіи. Такъ, привьемъ-ли мы извѣстному субъекту вакцину, или оспу овцы, или онъ заразится отъ мокреца лошади, во всѣхъ этихъ случаяхъ онъ дѣлается на *нѣкоторое*, болѣе или менѣе продолжительное, время застрахованнымъ отъ заболѣванія оспой и теряетъ воспріимчивость къ контагію не только человѣческой оспы, но и оспы животныхъ. На этомъ, какъ извѣстно, основана предохранительная вакцинація, а между тѣмъ многочисленными наблюденіями безспорно доказано, что варицелля и вакцина

не оказываютъ другъ на друга никакого вліянія, такъ какъ не только варицелля можетъ слѣдовать непосредственно за вакциной, но и вакцина съ успѣхомъ прививается ребенку только что перенесшему вѣтреную оспу и даже, какъ я и самъ имѣлъ случай убѣдиться, во время цвѣтенія варицеллезной сыпи. Фактъ этотъ особенно важенъ потому, что онъ очень постояненъ, въ немъ легко убѣдиться всякому, а потому Gergardt справедливо говоритъ, что одного этого факта совершенно достаточно для доказательства самостоятельности варицелли.

Пока въ наукѣ главенствовалъ взглядъ Hebra, до тѣхъ поръ во многихъ дѣтскихъ больницахъ варицеллезныхъ больныхъ помѣщали въ оспенные палаты и многіе педіатры имѣли случай убѣдиться, что варицелля нисколько не предохраняетъ больного отъ зараженія оспой и наоборотъ: оспа не уничтожаетъ воспріимчивости къ варицеллѣ. Фактъ этотъ относится такъ же къ числу хорошо констатированныхъ и вовсе не рѣдкихъ, въ чемъ я убѣдился, между прочимъ, и изъ личныхъ наблюденій въ нашей дѣтской больницѣ, во время небольшой эпидеміи варицелли въ 1876 году. Въ то время у насъ было въ обычаѣ помѣщать больныхъ вѣтреной оспой въ оспенное отдѣленіе. Въ числѣ 16-и больныхъ, переведенныхъ туда, попались четверо не вакцинированныхъ и изъ нихъ двое заболѣли черезъ нѣсколько дней послѣ того настоящей оспой, 3-й вскорѣ по поступленіи въ контагіозное отдѣленіе (убійственно устроенное) умеръ отъ скарлатины, а объ участи четвертаго мы ничего не знали, такъ какъ черезъ недѣлю, т. е. еще до истеченія срока скрытаго періода оспы, онъ выписался изъ больницы и больше не являлся.

Изъ числа 16-й нашихъ больныхъ было двое уже имѣвшихъ прежде оспу и въ томъ числѣ одинъ 4-хъ лѣтній мальчикъ, рябой, перенесшій оспу всего лишь годъ тому назадъ.

Всѣ виды оспеннаго яда (животныхъ и человѣка, легкой или тяжелой оспы) обладаютъ способностью легко прививаться при введеніи ихъ посредствомъ уколовъ въ кожу, а между тѣмъ варицеллезный ядъ и въ этомъ отношеніи проявляетъ свою самостоятельность, такъ какъ по общему отзыву

всѣхъ занимавшихся прививками варицелли (Hesse, Veter, Thomas, Fledschmann и др.) оказывается, что варицелля не прививается почти никогда, а въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, когда она прививалась, всегда получалась опять таки варицелля, а не оспа.

Не будучи способнымъ передаваться прививкой, ядъ варицелли оказывается чрезвычайно летучимъ и черезъ воздухъ передается очень легко, такъ что ребенокъ, имѣющій воспріимчивость къ нему, заражается имъ даже послѣ нѣсколько минутнаго пребыванія около варицеллезнаго больного; такъ, напр., было это въ слѣдующемъ случаѣ: въ одно семейство явился на праздникъ кадетъ съ пузырьчатой, разбросанной сыпью на лицѣ. Онъ вошелъ въ комнату и успѣлъ только поздороваться, какъ сейчасъ же былъ отправленъ назадъ въ корпусъ, какъ человѣкъ, можетъ быть, заразительный; но эта мѣра не помогла, и черезъ 2 недѣли двое дѣтей этой семьи, почти въ одинъ и тотъ же часъ, заболѣли варицеллью. По справкамъ, у кадета оказалась та же болѣзнь.

Что вѣтреная оспа передается иногда третьимъ лицомъ, остающимся здоровымъ, для меня несомнѣнно, хотя доказать подобный способъ передачи не всегда легко.

Симптомы и теченіе.

Скрытый періодъ при варицеллѣ довольно точно равняется 14-и днямъ; колебанія въ ту или другую сторону не превышаютъ одного дня, такъ что въ этомъ отношеніи она похожа на корь.

Сыпь при varic. infant. представляетъ чисто *везикулезный* характеръ, въ отличіе отъ оспы, какъ пустулезной формы. Варицеллезную сыпь можно сравнить по примѣру Gregory, съ пузырьками, происшедшими отъ мелкихъ брызгъ кипящей воды: въ обоихъ случаяхъ пузырьки очень разнообразной величины, отъ головки булавки до крупной горошины, окружены краснымъ ободкомъ, имѣютъ полусферическую форму,

безъ центральнаго вдавленія (т. е. безъ пупка) и безъ перегородокъ внутри и наполнены прозрачной, серозной жидкостью. Пузырьки эти въ отличіе отъ оспенныхъ пузырьковъ, развиваются не изъ папулъ, какъ при оспѣ, а выскакиваютъ прямо на красномъ пятнѣ; для своего полнаго развитія они требуютъ не дни, какъ при оспѣ, а нѣсколько часовъ; если пузырьки, какъ бы мало ихъ ни было, развиваются изъ *папулы* и потомъ обращаются въ теченіе слѣдующихъ дней въ пустулы или даже абортируется на степени пузырька, то гораздо больше вѣроятности въ пользу легкой оспы, чѣмъ за варицеллю. Обыкновенно пузырьки сохраняютъ свой первоначальный характеръ до двухъ дней и потомъ подсыхаютъ, оставляя на своемъ мѣстѣ тонкую, поверхностную корочку, по отпаденіи которой никакого рубца не остается; въ нѣкоторыхъ пузырькахъ содержимое мутнѣетъ отъ примѣси гнойныхъ тѣлецъ, но до образованія настоящей пустулы, заживающей рубцемъ, дѣло не доходитъ. Періодъ подсыханія сопровождается очень замѣтнымъ зудомъ. Такъ какъ высыпаніе совершается приступами въ теченіе 2—4 дней, то на 3—4-й день болѣзни на кожѣ больного можно наблюдать варицеллезную сыпь во всѣхъ періодахъ ея развитія, начиная съ пятенъ roseolae и кончая засохшей корочкой.

Число пузырьковъ при varicella также измѣнчиво, какъ и при оспѣ; оно колеблется отъ нѣсколькихъ штукъ, разбросанныхъ по всему тѣлу, до громаднаго числа, такъ что можно рѣшительно утверждать, что въ этомъ отношеніи варицелля нисколько не уступаетъ не только варіолоиду, но и настоящей оспѣ. Подобные случаи стоятъ въ рѣзкомъ противорѣчіи съ опредѣленіемъ варицелли въ смыслѣ Hebra, по которому она отличается отъ варіолоида и оспы будто бы только меньшимъ числомъ высыпанія и зависящимъ оттого болѣе легкимъ и короткимъ теченіемъ.

Для настоящей varic. infant. это опредѣленіе совершенно не вѣрно, такъ какъ число пузырьковъ никоимъ образомъ не можетъ служить критеріемъ для отличія ея отъ оспы; но нельзя того же сказать про *распредѣленіе сыпи*. Извѣстно, что оспа всего сильнѣе поражаетъ лицо, потомъ конечности и

почти совершенно не высыпаетъ на животѣ; varicella напротивъ не оказываетъ предпочтенія лицу (сыпи здѣсь даже меньше, чѣмъ на спинѣ) и вовсе не щадитъ животъ.

Дальнѣйшее отличіе varicel. отъ оспы мы имѣемъ въ *ходѣ лихорадки*. Точныя наблюденія Thomas'а показали именно, что въ большинствѣ случаевъ varicella протекаетъ безъ продромальной лихорадки или повышеніе температуры начинается лишь за нѣсколько часовъ до высыпанія, тогда какъ при легкой оспѣ бываетъ двухъ или трехдневная продромальная лихорадка. Далѣе, съ появленіемъ варицеллезной сыпи лихорадка, въ противоположность оспѣ, не только не исчезаетъ, но даже усиливается, доходитъ иногда до 39—40° и держится на такой высотѣ нѣсколько дней, пока продолжаютъ появляться все новые и новые пузырьки. Съ прекращеніемъ лихорадки новыхъ пузырьковъ болѣе не появляется и больной черезъ 5—10 дней совершенно выздоравливаетъ.

Осложненія.

Варицелля принадлежитъ къ числу безопасныхъ болѣзней, не имѣющихъ наклонности осложняться какими бы то ни было другими болѣзнями. Хотя въ послѣдніе года, съ легкой руки Henoch'а и было описано нѣсколько случаевъ послѣварицеллознаго нефрита, но въ общемъ числѣ больныхъ это осложненіе или послѣдовательная болѣзнь встрѣчается такъ исключительно рѣдко, что при предсказаніи не играетъ особенной роли. Въ описанныхъ до сихъ поръ случаяхъ, воспаленіе почекъ появлялось отъ 4 до 14 дня послѣ появленія сыпи и въ большинствѣ случаевъ протекало въ видѣ легкой формы нефрита съ умѣренной водянкой, небольшой альбуминуріей и съ незначительнымъ осадкомъ въ мочѣ, состоящимъ изъ гіалиновыхъ цилиндровъ, бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, почечнаго эпителія и мочекислыхъ солей. Въ одномъ случаѣ Henoch (изъ 4-хъ имъ описанныхъ) двухлѣтняя дѣвочка умерла послѣ двухнедѣльнаго существованія симптомовъ нефрита отъ отека легкихъ. При вскрытіи была найдена, между прочимъ, умѣ-

ренная гипертрофія и расширеніе лѣваго желудочка сердца при полной интактности клапановъ; эта гипертрофія соотвѣтствовала той, что встрѣчается и при скарлатинномъ нефритѣ.

Предсказаніе.

Варицеллу можно считать за болѣзнь совершенно безопасную и ставить всегда самое благопріятное предсказаніе, а потому и

Лѣченіе

совершенно не нужно. Пока больной лихорадитъ, пусть остается въ постели и, въ виду возможности появленія послѣдовательнаго нефрита, пусть въ холодное время года недѣли двѣ невыходитъ изъ комнаты.

КОКЛЮШЪ—PERTUSSIS.

Подъ именемъ коклюша мы понимаемъ общую инфекціонную, эпидемическую и контагіозную болѣзнь, характеризующуюся своеобразнымъ, судорожнымъ кашлемъ, вслѣдствіе локализаціи болѣзни на слизистой оболочкѣ первыхъ воздухоносныхъ путей и въ продолговатомъ мозгу.

Съ этимъ опредѣленіемъ коклюша, многіе, конечно, не согласятся, такъ какъ, въ большинствѣ руководствъ, онъ опредѣляется какъ болѣзнь мѣстная, т. е. какъ контагіозный катарръ дыхательныхъ органовъ, вызванный специфической причиной. (Ср. Hagenbach--Ziems. Handb). Другіе смотрятъ на коклюшъ какъ на неврозъ и сообразно этому описаніе его можно найти, напр., въ руководствѣ по нервнымъ болѣзнямъ Eulenburg'a.

Что это не неврозъ, доказывается контагіозностью и эпидемическимъ распространеніемъ коклюша и постояннымъ присутствіемъ катарра, извѣстныхъ, хотя бы иногда и очень ограниченныхъ, мѣстъ слизистой оболочки гортани и бронховъ.

Гораздо труднѣе рѣшить вопросъ о томъ, имѣемъ-ли мы дѣло съ общимъ заболѣваніемъ организма, или съ специфическимъ катарромъ.

Что катарръ дыхательныхъ органовъ, болѣе или менѣе ограниченный или разлитой, можетъ считаться постояннымъ спутникомъ коклюша, нисколько не рѣшаетъ дѣла въ пользу того, что эта болѣзнь чисто мѣстная, такъ какъ любая изъ несомнѣнно общихъ контагіозныхъ болѣзней оказываетъ предпочтеніе локализоваться въ томъ или другомъ органѣ и это

обстоятельство нисколько не говоритъ противъ общаго заболѣванія организма. Въ числѣ признаковъ, общихъ всѣмъ этимъ болѣзнямъ, мы укажемъ только на два, рѣшительно говорящіе противъ мѣстной натуры ихъ; это—несоотвѣтствіе лихорадочнаго состоянія мѣстнымъ проявленіямъ болѣзни и множественность локализацій. То же самое мы видимъ и въ коклюшѣ. Въ главѣ объ анатомо-патологическихъ измѣненіяхъ я постараюсь доказать, что мѣстныя измѣненія при коклюшѣ непостоянны, являются не всегда съ самаго начала въ одномъ и томъ же видѣ и интензивность этихъ мѣстныхъ измѣненій во многихъ случаяхъ бываетъ такъ ничтожна, что не можетъ объяснить начальную лихорадку при коклюшѣ *). Что это послѣдняя не зависитъ отъ катарра, а обладаетъ самостоятельностью, видно еще и изъ того, что сплошь и рядомъ она въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни исчезаетъ, тогда какъ катарръ распространяется съ дыхательнаго горла на бронхи. Въ нѣкоторыхъ, правда, рѣдкихъ случаяхъ, лихорадка является прежде кашля или какихъ либо другихъ катарральныхъ явленій. Я хорошо помню, наприм., случай коклюша у 8 лѣтней дѣвочки, къ которой меня пригласили скорѣе пріѣхать въ 11-мъ часу вечера. Я засталъ больную въ сильномъ жару; термометръ, поставленный подмышку, показалъ 40°, при этомъ была довольно сильная головная боль, но ни насморка, ни кашля. Діагностика, конечно, не могла быть поставлена. На другой день температура не поднималась выше 39°, а на 3-й оказалась нормальной, но больная стала жаловаться на чувство царапанія въ глоткѣ и стала покашливать сухимъ, короткимъ кашлемъ. Эти симптомы сухого фарингита продолжались цѣлую недѣлю и не облегчались ни пульверизаціями, ни смазываніемъ зѣва растворомъ ляписа изъ 10 гранъ на унцію и потомъ постепенно перешли въ симптомы коклюша,

---

*) Даже Hagenbach, (l. c. 1.555) опредѣляющій коклюшъ, какъ катарръ извѣстныхъ мѣстъ слизистой оболочки дыхательныхъ органовъ, признаетъ, что мы не знаемъ, какія именно мѣста гортани и трахеи, а можетъ быть и бронховъ постоянно и преимущественно поражаются при коклюшѣ, такъ какъ различные наблюдатели въ этомъ отношеніи значительно между собой расходятся.

причемъ прежде всего было замѣчено, что кашель какъ бы сконцентрировывался вечеромъ отъ 9-ти до 12 часовъ и именно въ эти часы онъ принялъ вскорѣ спазмотическій характеръ, тогда какъ въ другое время сутокъ онъ оставался еще коротким и сухимъ.

Что касается до множественности локализацій, то хотя этотъ признакъ при коклюшѣ выраженъ не рѣзко, но всетаки мы имѣемъ достаточно данныхъ, чтобы утверждать, что спазматическій кашель зависитъ не отъ одного лишь катарра, но и отъ пораженія центральной нервной системы и въ особенности продолговатаго мозга; на это указываетъ, между прочимъ, чрезвычайная наклонность коклюшныхъ больныхъ ко рвотѣ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ бываетъ, конечно, такъ, что рвота является въ концѣ пароксизма судорожнаго кашля и кажется вызванной просто механически, вслѣдствіе большого напряженія брюшного пресса; но, помимо этихъ обыкновенныхъ случаевъ, встрѣчаются и другіе, имѣющіе для насъ особый интересъ, въ которыхъ рвота является или въ началѣ пароксизма (см. Henoch. Handbuch II Aufl. 1887. S. 429) или при очень легкомъ приступѣ кашля. Встрѣчаются случаи, говоритъ Henoch, въ которыхъ рвота составляетъ самый выдающійся симптомъ приступа и своимъ постоянствомъ возбуждаетъ опасенія. У нѣкоторыхъ дѣтей рвота является даже послѣ пароксизмовъ, кончающихся безъ свиста, а у другихъ она часто повторялась и во время промежутковъ и, въ виду отсутствія какихъ либо симптомовъ со стороны желудка, она признавалась Henoch'омъ за чисто нервную рвоту. Къ этой же категоріи относится и ускоренное, диспноическое дыханіе съ громкимъ выдыханіемъ, которое въ одномъ случаѣ Henoch'а появлялось всякій разъ передъ приступомъ кашля у 9-лѣтней дѣвочки и продолжалось больше часа, пока наступалъ, наконецъ, пароксизмъ кашля. Послѣ того, эта чисто нервная одышка исчезала, и дыханіе дѣлалось совершенно правильнымъ. Въ пользу того, что коклюшъ есть болѣзнь общая, говоритъ еще и то, что онъ бываетъ только разъ въ жизни. Дву-и троекратное заболѣваніе коклю-

шемъ встрѣчается такъ же рѣдко, если не рѣже [1]), какъ и при другихъ подобныхъ болѣзняхъ, напр., при оспѣ и кори, тогда какъ контагіозное воспаленіе слизистыхъ оболочекъ, вызванное специфической причиной (трипперъ, бленоррея глазъ) могутъ повторяться у одного и того же субъекта нѣсколько разъ [2]). Что коклюшъ контагіозенъ, въ этомъ никто, конечно, не сомнѣвается; предполагаютъ, что ядъ содержится въ мокротѣ и въ пользу этого приводится, во 1-хъ, присутствіе въ ней споръ извѣстныхъ грибковъ и, во 2-хъ, удачные опыты зараженія животныхъ, посредствомъ введенія коклюшной мокроты въ ихъ трахею; но несомнѣнно, что зараза передается и черезъ воздухъ, т. е., что она летуча и содержится въ воздухѣ, выдыхаемомъ больнымъ. Можетъ ли она осаждаться на неодушевленные предметы и передаваться такимъ образомъ черезъ вещи или третьимъ лицомъ, остающимся здоровымъ—это не доказано, но очень вѣроятно, особенно для мокроты, высохшей на платкѣ или на другихъ вещахъ. Иначе трудно было бы объяснить заболѣваніе коклюшемъ дѣтей, никогда не видавшихъ подобныхъ больныхъ.

Летучесть коклюшнаго яда не велика; у насъ въ больницѣ коклюшные больные помѣщались въ палатѣ, отдѣленной отъ общихъ палатъ только коридоромъ, и тѣмъ не менѣе случаи

---

[1]) Двукратное заболѣваніе корью встрѣчается сравнительно не особенно рѣдко, такъ какъ подобные случаи описаны въ большомъ числѣ, между тѣмъ какъ повтореніе коклюша встрѣчается такъ рѣдко, что подобныхъ случаевъ не видали даже и такіе опытные люди какъ Barthez и Rilliet.

[2]) Gerhardt, считающій коклюшъ за болѣзнь крови, приводитъ въ доказательство, во 1-хъ, что онъ бываетъ только разъ въ жизни; во 2-хъ, что передается отъ матери утробному плоду и, въ 3-хъ, что онъ не можетъ считаться за простую лакализацію въ бронхахъ.

Наоборотъ, въ пользу того, что коклюшъ есть болѣзнь мѣстная, Hagenbach (Gerh. Handb. II. S. 533) приводитъ слѣдующіе доводы: 1) локализація яда на опредѣленныхъ мѣстахъ слизист. оболоч. дыхательныхъ органовъ и 2) полное отсутствіе лихорадки или, по крайней мѣрѣ, высокихъ температуръ. (Что, впрочемъ, вовсе не справедливо, такъ какъ въ началѣ коклюша лихорадка обыкновенно бываетъ, а съ другой стороны, мы знаемъ, что и несомнѣнно общія инфекціонныя болѣзни могутъ начинаться и протекать безъ лихорадки, напр., сифилисъ.

зараженія коклюшемъ другихъ больныхъ наблюдались исключительно рѣдко; на это указываетъ также и Henoch относительно своей клиники, тогда какъ Roger, напротивъ, въ одной изъ парижскихъ дѣтскихъ больницъ видѣлъ зараженіе въ больницахъ очень часто, что объясняется, вѣроятно, тѣмъ, что коклюшные помѣщались тамъ въ общихъ палатахъ. Несмотря на это, изоляція коклюшныхъ въ семействахъ обыкновенно не ведетъ къ цѣли, такъ какъ коклюшъ, подобно кори, начинаетъ заражать съ первыхъ дней своего появленія, когда еще не можетъ быть узнанъ. Стало быть, изоляція заболѣвшихъ не ведетъ къ цѣли потому, что поздно предпринимается.— Какъ долго продолжается заразительный періодъ коклюша— трудно сказать; вообще коклюшный больной считается заразительнымъ, пока онъ не избавится отъ пароксизмовъ судорожнаго кашля.

О свойствахъ контагія мы знаемъ еще то, что онъ можетъ передаваться плоду посредствомъ плацентарнаго кровообращенія, что доказываютъ случаи появленія коклюша у новорожденныхъ съ перваго дня жизни, какъ объ этомъ свидѣтельствуютъ, напр., Barthez и Rilliet. (*Handb. d. Kinder. II. B. S. 758*).

Въ учебникахъ очень распространено мнѣніе, будто дѣвочки чаще заболѣваютъ коклюшемъ, чѣмъ мальчики, но, насколько это справедливо, трудно сказать. Наблюденія въ частной практикѣ не подтверждаютъ этого, такъ какъ если каклюшъ появляется въ многодѣтной семьѣ, то онъ не оказываетъ особаго предпочтенія прекрасному полу, а поражаетъ всѣхъ одинаково. Roger тоже не могъ замѣтить въ этомъ отношеніи разницы, и вліяніе пола на расположеніе къ коклюшу онъ считаетъ недоказаннымъ (Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance. II т., 1883, p. 381 и слѣд.).

Другое дѣло возрастъ. Коклюшъ есть настоящая дѣтская болѣзнь. Всего больше заболѣваютъ коклюшемъ дѣти отъ 2 до 7 лѣтъ; послѣ 7 и въ особенности послѣ 10 лѣтъ расположеніе къ коклюшу рѣшительно уменьшается и у взрослыхъ или совсѣмъ проподаетъ или ослабляется настолько, что коклюшъ развивается у нихъ не настолько выраженный, какъ

у дѣтей и часто протекаетъ безъ характернаго для этой болѣзни свиста. Рѣдко заболѣваютъ коклюшемъ и дѣти до года и особенно въ первые 6 мѣсяцевъ. Въ этомъ возрастѣ пароксизмы коклюша тоже бываютъ обыкновенно не полные.

Monti, а также Roger утверждаютъ, что даже новорожденныя и дѣти первыхъ мѣсяцевъ жизни имѣютъ такое же сильное расположеніе къ коклюшу, какъ въ возрастѣ отъ 2 до 6 лѣтъ, а если у послѣднихъ коклюшъ встрѣчается чаще, такъ только вслѣдствіе того, что, гуляя въ многолюдныхъ мѣстахъ и посѣщая дѣтскіе сады и школы, они скорѣе находятъ случай заразиться. Послѣ же 10 лѣтъ болѣзнь встрѣчается рѣже потому, что многія уже прежде перенесли коклюшъ и вслѣдствіе этого утратили воспріимчивость къ нему.

Изъ другихъ случайныхъ или предрасполагающихъ причинъ, кромѣ возраста, большое значеніе имѣютъ спертый воздухъ въ квартирѣ, гдѣ живетъ коклюшный больной, и простуда, также катарральное состояніе дыхательныхъ органовъ, напр., у рахитиковъ, золотушныхъ и вообще у слабыхъ дѣтей.—Впрочемъ, можетъ быть, справедливѣе было бы сказать, что такія дѣти заболѣваютъ коклюшемъ не легче, чѣмъ здоровыя, а умираютъ чаще.

Эпидеміи коклюша встрѣчаются, какъ лѣтомъ, такъ и зимой, но лѣтомъ они вообще бываютъ доброкачественнѣе.

Патолого-анатомическія измѣненія.

Для выясненія сущности коклюша вскрытія умершихъ отъ этой болѣзни не имѣютъ особаго значенія, такъ какъ причиной смерти всегда бываютъ какія нибудь осложненія и главнымъ образомъ, катарральныя и туберкулезныя пнеймоніи. Въ этомъ отношеніи гораздо интереснѣе результаты ларингоскопическаго изслѣдованія больныхъ въ началѣ болѣзни и въ періодѣ полнаго ея развитія. Но, къ сожалѣнію, въ этомъ отношеніи нѣтъ полнаго согласія у различныхъ изслѣдователей, да при томъ большинство наблюденій относится къ періоду судорожнаго кашля, а не къ началу болѣзни. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ началѣ каклюша, какъ и при гриппѣ, замѣчается болѣе или менѣе выраженный катарръ слизистой оболочки носа, гортани и трахеи, который распространяется позднѣе

на крупные и потомъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ на мелкіе бронхи и даже на легочные пузырьки, вслѣдствіе чего въ смертельныхъ случаяхъ на трупѣ всегда можно встрѣтить разлитой капиллярный бронхитъ, лобулярный ателектазъ и островки катарральной пнеймоніи. Въ другихъ случаяхъ замѣтнаго катарра нѣтъ, и тутъ-то именно ларингоскопическая картина получалась у разныхъ лицъ не одинакая. Одни находили инъекцію слизистой оболочки зѣва и надгортанника, другіе (Beau) описываютъ воспаленіе regiae supraglotticae, Rehn—инъекцію передней стѣнки нижней части гортани и трахеи; Meyer-Hüni пораженіе гортани и трахеи, въ особенности fos. interarytaen. и область бифуркаціи; Biermer находилъ гортань совершенно здоровой, по крайней мѣрѣ, въ макроскопическомъ смыслѣ, но видѣлъ гиперемію и накопленіе слизи въ трахеѣ; Hanke тоже въ 5-и случаяхъ изъ 6-и находилъ слиз. обол. гортани блѣдной на всемъ пространствѣ какъ выше, такъ и ниже голосовыхъ связокъ; Meyer—инъекцію верхней части гортани. Словомъ, какъ ларингоскопическія изслѣдованія, такъ и результаты вскрытій доказываютъ, что при коклюшѣ мы не знаемъ какихъ-либо постоянныхъ, характерныхъ для него измѣненій; что при немъ какъ и при кори или гриппѣ поражаются главнымъ образомъ то носъ, то гортань, то бронхи.

Точно также не найдено постоянныхъ измѣненій и въ центральной нервной системѣ.

Симптомы и теченіе.

Въ коклюшѣ различаютъ 4 періода: 1) періодъ инкубаціи; 2) пер. предвѣстниковъ или катарральный; 3) пер. спазмотическаго кашля, и 4) пер. разрѣшенія или бленорройный.

Сколько времени продолжается при коклюшѣ скрытый періодъ, т. е. черезъ сколько дней послѣ зараженія появляется кашель (не спазмотическій, а простой), мы въ точности не знаемъ, но, какъ кажется, этотъ періодъ при коклюшѣ не отличается постоянствомъ и колеблется отъ 3 дней до 2 недѣль; всего чаще онъ равняется 5—7 днямъ.

Различные авторы опредѣляютъ срокъ скрытаго періода по разному: Guersant—въ 5—6 дней; Gerhardt—3—4 дней; Henoch—10—12 д.; West 8—10 дней и т. п. Roger (Rech. clin. sur les malad. d. l'enf, 1883. T. II, p. 449 и слѣд.) приводитъ нѣсколько случаевъ коклюша у дѣтей, у которыхъ скрытый періодъ могъ быть опредѣленъ съ точностью, такъ какъ онѣ имѣли случай заразиться только, благодаря нѣсколько минутному пребыванію въ обществѣ больного. Начало болѣзни наступало у нихъ черезъ 6—7 дней; онъ допускаетъ, впрочемъ, что этотъ срокъ укорачивается иногда до 3—4 дней или удлиняется до 10—12 дней; а потому онъ думаетъ, что если ребенокъ, изолированный отъ больного, остается здоровымъ въ теченіе двухъ недѣль послѣ того, то можно считать, что онъ не успѣлъ еще заразиться и слѣдовательно останется здоровымъ впредь до новаго случая заразиться.

Совершенно изолированнымъ стоитъ наблюденіе Takernier. Дочь его пріѣхала къ нему изъ деревни совершенно здоровой и на другой день по пріѣздѣ имѣла случай заразиться отъ двухъ коклюшныхъ дѣвочекъ, съ которыми играла, и на слѣдующій день послѣ того, къ вечеру, она вдругъ стала кашлять спазмотическимъ, свистящимъ кашлемъ, безъ рвоты, продолжавшимся въ теченіе двухъ мѣсяцевъ. Слѣдов. скрытый періодъ продолжался здѣсь только 24 часа, а катарральнаго періода не было совсѣмъ.

Второй періодъ, катарральный, начинается или подъ видомъ легкаго гриппа или подъ маской фарингита.

Въ первомъ случаѣ больной начинаетъ не много лихорадить (38—38,5, рѣдко больше) и вмѣстѣ съ тѣмъ получаетъ кашель, при отрицательныхъ результатахъ физикальнаго изслѣдованія груди (laryngo-tracheitis), а иногда и насморкъ. Картина болѣзни на столько похожа на легкій гриппъ (особенно при насморкѣ), что діагностика въ первые три дня, конечно, не можетъ быть сдѣлана, если въ данномъ семействѣ это первый случай коклюша. Въ дальнѣйшемъ теченіи можно предполагать коклюшъ на томъ основаніи, что легкій гриппъ, начинающійся съ легкаго лихорадочнаго состоянія, обыкно-

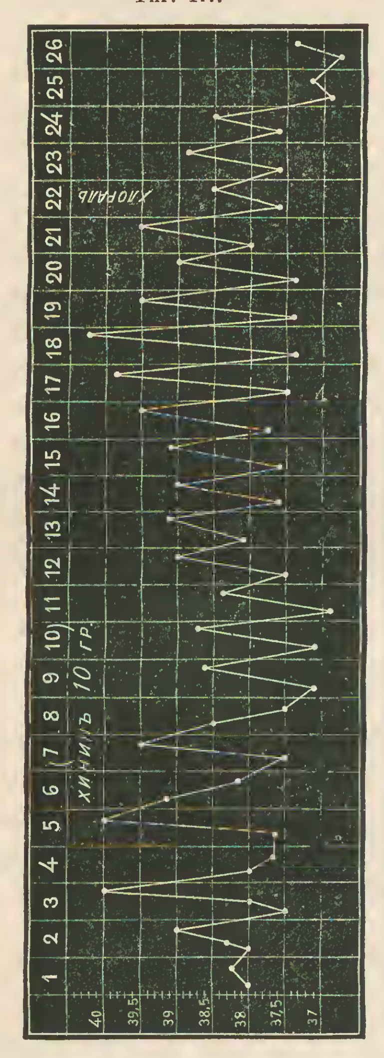
венно не затягивается, а напротивъ того, дня черезъ три отъ начала болѣзни начинаетъ разрѣшаться, лихорадка прекращается, кашель дѣлается рѣже и рыхлѣе, тогда какъ при коклюшѣ какъ разъ наоборотъ: лихорадка если и исчезнетъ, то кашель все-таки остается сухимъ и болѣе частымъ и особенно *въ первые часы ночи*, причемъ Доверовъ порошокъ, данный вечеромъ, обыкновенно не облегчаетъ кашля; въ концѣ недѣли діагностика коклюша въ большинствѣ случаевъ можетъ быть сдѣлана ужъ съ очень большой вѣроятностью, такъ какъ въ тѣ же часы ночи кашель принимаетъ уже пароксизмо--образный характеръ. Прежде онъ состоялъ изъ отдѣльныхъ кашлевыхъ толчковъ, которые хотя и повторялись чуть не каждую секунду, но во всякомъ случаѣ послѣ каждаго кашлявого толчка ребенокъ имѣлъ время, чтобъ вздохнуть, а теперь нѣсколько кашлевыхъ толчковъ (и чѣмъ больше ихъ, тѣмъ характеристичнѣе для коклюша) слѣдуютъ уже такъ быстро другъ за другомъ, что ребенокъ не можетъ дѣлать вздоха иначе, какъ только послѣ цѣлаго ряда кашлевыхъ толчковъ. Такого рода кашель очень похожъ на смазмотическій кашель 3-го (судорожнаго) періода, но отличается отъ него, во 1-хъ, меньшей силой кашля, а во 2-хъ, и главнымъ образомъ, отсутствіемъ рвоты въ концѣ пароксизма и спазма голосовой щели, обусловливающаго свистящій вздохъ, столь характеристичный для настоящаго коклюшнаго кашля.

Переходъ этого періода въ слѣдующій, т. е. въ спазмотическій всегда совершается постепенно и именно, такимъ образомъ, что въ извѣстные часы ночью, а иногда кромѣ того раза 2—3 и днемъ, короткій, сухой кашель принимаетъ только что описанный характеръ, а потомъ изрѣдка начинаетъ появляться и свистъ или, по крайней мѣрѣ, намекъ на него и наконецъ рвота.

О ходѣ лихорадки въ началѣ коклюша мы имѣемъ очень мало свѣдѣній; можно сказать только, что она бываетъ обыкновенно ремиттирующаго типа, съ утренними пониженіями и вечерними повышеніями и что температура рѣдко достигаетъ до 39°. Сильная лихорадка, подобная, напр., той что изображена на прилагаемой кривой, принадлежитъ къ исключеніямъ.

Эту кривую представилъ 11-и лѣтній гимназистъ, коклюшъ котораго сопровождался очень сильными пароксизмами судорожнаго кашля, наступившаго послѣ короткаго катарральнаго періода и осложнившагося на 2-й недѣлѣ разлитымъ бронхитомъ, но не капиллярнымъ. Отъ начала болѣзни, до конца судорожнаго кашля прошло около 27 дней. (Фиг. III).

Фиг. III.



Въ другихъ случаяхъ коклюшъ начинается безъ лихорадочнаго состоянія; тогда не бываетъ обыкновенно и катарральныхъ явленій со стороны носа и трахеи, а больной просто першитъ, причемъ болѣе взрослыя дѣти жалуются на чувство царапанія въ зѣвѣ или въ области яремной ямки; осмотръ зѣва даетъ отрицательные результаты. Ребенокъ кашляетъ короткими, одиночными толчками сухого кашля, какъ при pharingitis, съ тою лишь разницей, что дня черезъ три этотъ кашель не оказываетъ никакой наклонности къ разрѣшенію, а напротивъ того усиливается и (какъ и въ первомъ случаѣ) особенно въ извѣстные часы ночи. Засимъ дѣло идетъ какъ и при лихорадочномъ началѣ, т. е. кашель постепенно принимаетъ коклюшный характеръ.

Продолжительность этого періода какъ при лихорадкѣ, такъ и безъ нея, подвержена большимъ колебаніямъ. Всего короче

онъ у грудныхъ дѣтей, у которыхъ *иногда* даже *совсѣмъ отсутствуетъ*, такъ что судорожный кашель появляется у нихъ уже съ перваго дня; у дѣтей болѣе взрослыхъ и въ случаяхъ сравнительно легкаго коклюша онъ тянется до двухъ недѣль и дольше; несомнѣнно встрѣчаются и такіе случаи, когда до судорожнаго кашля дѣло совсѣмъ не доходитъ, и кашель только напоминаетъ коклюшъ тѣмъ, что является въ видѣ пароксизмовъ, состоящихъ изъ цѣлаго ряда кашлевыхъ толчковъ, не отдѣляющихся вздохами и ведущими по этому къ нарушенію легочнаго кровообращенія и къ переполненію венъ большаго круга, что и выражается всего рѣзче покраснѣніемъ лица въ концѣ приступа кашля. Такіе случаи легкаго коклюша иногда вмѣстѣ съ тѣмъ и продолжаются не долго, напр., недѣли 2—3 (абортивная форма) или, наоборотъ, не уступаютъ въ этомъ отношеніи тяжелымъ формамъ т. е. затягиваются мѣсяца на два. Подобныя формы особенно часто встрѣчаются у взрослыхъ, у которыхъ приступы кашля могутъ быть на столько сильны, что сопровождаются кровохарканьемъ, а тѣмъ не менѣе свиста при вздохѣ всетаки не появляется. —Понятно, что благодаря отсутствію этого патогномоничнаго признака коклюша, діагностика подобныхъ случаевъ можетъ быть очень затруднительна, особенно если въ данной семьѣ нѣтъ другихъ, болѣе ясно выраженныхъ случаевъ. По наблюденіямъ Trousseau, чѣмъ дольше продолжается катарральный періодъ, тѣмъ дольше будетъ и все теченіе болѣзни; но это справедливо только до нѣкоторой степени, именно для тяжелыхъ случаевъ; чаще-же бываетъ такъ, что удлиненіе продромальнаго періода происходитъ на счетъ судорожнаго, который вслѣдствіе этого укорачивается. Я лично бываю очень доволенъ, если въ коклюшной семьѣ у кого-либо изъ дѣтей сравнительно долго не появляется спазмотическій кашель, такъ какъ я считаю это признакомъ того, что коклюшъ будетъ легкій. За среднюю продолжительность катарральнаго періода можно считать 10—14 дней, причемъ надо имѣть въ виду, что въ началѣ 2-й недѣли обыкновенно кое-когда уже появляется и свистъ, хотя бы и легкій. Вообще можно сказать, что катарральный періодъ тѣмъ короче, чѣмъ моложе ребенокъ.

Третій или спазмотическій періодъ характеризуется появленіемъ своеобразнаго, судорожнаго кашля, извѣстнаго подъ именемъ коклюшнаго. Кашель этотъ настолько характерестиченъ, что стоитъ хоть разъ его услыхать, чтобы потомъ никогда не забыть и узнавать коклюшъ изъ другой комнаты.

Коклюшный кашель состоитъ въ слѣдующемъ: больной *вдругъ* сильно закашливается и кашлевые толчки слѣдуютъ другъ за другомъ *безъ передышки* до тѣхъ поръ, пока въ легкихъ есть запасъ воздуха; потомъ больной дѣлаетъ глубокій вздохъ, но въ это время голосовая щель судорожно сжимается и воздухъ, проходя черезъ узкую щель, производитъ *громкій звукъ*, напоминающій свистъ (репризъ), слышный черезъ нѣсколько комнатъ; непосредственно послѣ этого опять начинается кашель, опять свистъ и т. д. отъ двухъ до пяти разъ, пока приступъ кашля ни кончится *рвотой* или *изверженіемъ большого количества тягучей слюны* и слизи при тошнотномъ движеніи. Въ большинствѣ случаевъ бываетъ такъ, что больной, только что кончившій кашлять, черезъ нѣсколько секундъ или черезъ минуту начинаетъ кашлять снова и только послѣ этого втораго или третьяго такого-же пароксизма откашливается совсѣмъ и наступаетъ антрактъ на 1—2—3 часа, смотря по силѣ коклюша. Пароксизмы кашля у разныхъ больныхъ и даже у одного и того же больного, въ различные часы сутокъ бываютъ не одинаковой силы.

Всѣ авторы указываютъ на то, что коклюшные пароксизмы всего чаще повторяются ночью, но отчего это зависитъ—мы хорошенько не знаемъ. Большею частью фактъ этотъ объясняется согласно изслѣдованію Hauke, нашедшаго, что приступы коклюша замѣтно учащаются, если воздухъ богатъ углекислотой, тѣмъ, что ночью воздухъ въ дѣтскихъ бываетъ не такъ чистъ какъ днемъ; но объясненіе это не совсѣмъ удовлетворительно, такъ какъ наблюденіе показываетъ, что учащеніе параксизмовъ приходится не къ утру, когда воздухъ наиболѣе испорченъ, а на извѣстные часы ночи; у одного, напр., отъ 9 час. до 12, у другого отъ 11 до часу и т. п., такъ что замѣчается нѣкоторая періодичность, подобно тому, какъ это случается и при чисто нервныхъ болѣзняхъ. Впро-

чемъ, слѣдуетъ имѣть въ виду, что не у всѣхъ больныхъ замѣчается учащеніе приступовъ по ночамъ; точное счисленіе показываетъ иногда какъ разъ противное, т. е. что ночью бываетъ меньше пароксизмовъ, чѣмъ днемъ, но дѣло въ томъ, что ночной кашель больше безпокоитъ окружающихъ и потому получаетъ отъ нихъ неправильную оцѣнку (преувеличенную).

Сила приступовъ и частота ихъ повторенія прямо пропорціональны интензивности болѣзни, а потому и то и другое имѣютъ важное прогностическое значеніе. Коклюшъ тѣмъ опаснѣе, чѣмъ чаще повторяются пароксизмы кашля и чѣмъ они сильнѣе. Если число приступовъ не превышаетъ 15 разъ въ сутки, то коклюшъ можно назвать легкимъ; если отъ 15 до 24 разъ—среднимъ и если больше 24-хъ разъ, то тяжелымъ.

Счисленіе приступовъ дѣлается или отмѣткой каждаго изъ нихъ на листѣ бумаги или, по совѣту Trousseau, прокалываніемъ дырочекъ въ картѣ булавкой; такъ-ли, сякъ-ли, но только не слѣдуетъ полагаться на память окружающихъ больного. Счетъ деннымъ и ночнымъ приступамъ кашля надо вести отдѣльно, такъ какъ въ началѣ улучшенія число приступовъ уменьшается только днемъ или только ночью, и это незначительное улучшеніе на маленькомъ числѣ будетъ замѣтнѣе, чѣмъ на большомъ. Какъ велико можетъ быть число приступовъ въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ коклюша, трудно сказать. Trousseau насчитывалъ иногда до 80 и даже до ста въ 24 часа, Cadet de Gassicourt не видалъ болѣе 30-и. Такая разница объясняется способомъ сосчитыванія пароксизмовъ. Каждый пароксизмъ коклюшнаго кашля, состоитъ въ тяжелыхъ случаяхъ изъ 2, 3—5 пароксизмовъ, раздѣленныхъ другъ отъ друга очень короткими паузами отъ 1/2 до 2 минутъ. Если всю группу такихъ параксизмовъ считать за одинъ приступъ, то, конечно, ста въ сутки не наберется.

О силѣ пароксизмовъ судятъ, во первыхъ, по числу свистящихъ вздоховъ отъ начала до конца кашля и по числу приступовъ кашля, отдѣленныхъ другъ отъ друга самымъ коротенькимъ антрактомъ, о чемъ сейчасъ была рѣчь. Въ тяжелыхъ приступахъ коклюшнаго кашля рвота наступаетъ лишь послѣ 4—5-го свиста, въ легкихъ случаяхъ уже послѣ перваго, а въ самыхъ тяжелыхъ бываетъ 10—12 и даже 20 репризовъ. Если желаемъ скорѣе подмѣтить наступленіе облегченія коклюша, т. е. поворотъ къ лучшему, то нельзя ограничиться однимъ лишь счисленіемъ пароксизмовъ, но надо

обращать вниманіе и на силу ихъ; если частота приступовъ остается та же, но самые приступы дѣлаются короче, т. е. если рвота наступаетъ раньше и слѣдов. число репризовъ уменьшается, то это признакъ очень существеннаго улучшенія.

Свистъ при кашлѣ является болѣе постояннымъ и болѣе патогномоничнымъ для коклюша, нежели рвота. Въ нормальныхъ случаяхъ коклюша средней силы, свистящій вздохъ является при каждомъ приступѣ кашля, тогда какъ рвота—изъ пяти приступовъ приблизительно послѣ одного или двухъ и въ особенности послѣ тѣхъ, что случаются послѣ ѣды; въ сравнительно легкихъ случаяхъ и въ періодѣ улучшенія рвота является все рѣже и рѣже и наконецъ совсѣмъ исчезаетъ, а свистъ еще остается. Слѣдовательно, по частотѣ появленія рвоты тоже можно судить о теченіи коклюша. Въ самыхъ легкихъ случаяхъ коклюша свистъ появляется не при каждомъ пароксизмѣ или и совсѣмъ не появляется, причемъ кашель всетаки сохраняетъ свой коклюшный характеръ, такъ какъ рядъ кашлевыхъ толчковъ слѣдуютъ другъ за другомъ безъ передышки, пока хватаетъ воздуха въ легкихъ, что сопровождается покраснѣніемъ лица и увлажненіемъ глазъ.

Рвота сравнительно чаще отсутствуетъ у дѣтей старшаго возроста, а свистъ у грудныхъ, даже и при сильномъ коклюшѣ. Далѣе свистъ можетъ исчезнуть у больныхъ, у которыхъ онъ былъ, вслѣдствіе наступленія слабости, какъ результата какого нибудь лихорадочнаго осложненія, напр., капиллярнаго бронхита или пнеймоніи, а потому исчезаніе свиста при коклюшномъ кашлѣ можетъ считаться благопріятнымъ признакомъ только въ нормальныхъ, т. е. не осложненныхъ случаяхъ коклюша, при отсутствіи признаковъ упадка силъ.

Въ діагностическомъ отношеніи важно отмѣтить еще то обстоятельство, что коклюшный пароксизмъ въ большинствѣ случаевъ можетъ быть вызванъ у больного искусственно различными способами, суть которыхъ сводится къ тому, чтобъ заставить больного кашлянуть. Дѣтямъ старшаго возраста можно просто сказать, чтобъ онѣ нарочно бы кашля-

нули, а у маленькихъ кашель появляется при надавливаніи пальцемъ на яремную ямку или на гортань, а еще вѣрнѣе при изслѣдованіи зѣва помощью шпателя. Чѣмъ сильнѣе коклюшъ, тѣмъ легче вызываются искусственные пароксизмы, но встрѣчаются и такіе случаи, когда кашель не вызывается даже и дотрогиваніемъ шпателемъ до задней стѣнки глотки или при щекотаніи горла кисточкой; въ другихъ случаяхъ подобныя манипуляціи остаются безъ результата только потому, что больной только что откашлялся.—Извѣстно также, что пароксизмъ появляется при всякомъ волненіи ребенка, будетъ ли выражаться оно смѣхомъ или плачемъ и проч.

Теченіе коклюша въ спазматическомъ періодѣ идетъ не равномѣрно, а такимъ образомъ, что можно отличить три періода: періодъ постепеннаго усиленія числа и силы приступовъ, періодъ наибольшаго развитія и періодъ постепеннаго ослабленія. При оцѣнкѣ дѣйствія противококлюшныхъ средствъ необходимо, конечно, обращать вниманіе, когда назначается лѣкарство; понятно, что если начало лѣченія приходится на конецъ втораго періода, т. е. въ такое время, когда коклюшъ и самъ по себѣ готовъ идти къ улучшенію, то тутъ всякое средство поможетъ, и наоборотъ, если тотъ или другой способъ лѣченія назначенъ въ самомъ началѣ спазмотическаго періода, то можно считать, что лѣченіе приноситъ пользу, если даже замѣтнаго улучшенія и нѣтъ, но за то не замѣчается и ухудшенія.

Изъ другихъ симптомовъ коклюша, позволяющихъ узнать его врачу, не слыхавшаго кашля, важны *habitus больного* и *изъязвленіе уздечки языка;* и то и другое являются слѣдствіемъ коклюшныхъ приступовъ и потому бываютъ выражены тѣмъ рѣзче, чѣмъ сильнѣе коклюшъ.

При всякомъ приступѣ коклюшнаго кашля, вслѣдствіе затрудненнаго кровообращенія въ легкихъ, происходитъ застой крови въ венахъ, что ясно выражается покраснѣніемъ лица къ концу пароксизма, нѣкоторымъ выпячиваніемъ глазъ и слезотеченіемъ. Вслѣдствіе частаго повторенія подобныхъ застоевъ, развиваются болѣе стойкія измѣненія въ лицѣ больного, измѣненія не исчезающія и во время промежутковъ

между приступами. Измѣненія эти разнообразны. Наиболѣе постоянны — одутловатость лица, особенно припухлость вѣкъ, покраснѣніе конъюнктивы глазъ и нѣкоторая ихъ влажность, вслѣдствіе избытка слезъ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ образуются кровяные подтеки на конъюнктивѣ глазъ (странно, что чаще поражается только одинъ глазъ), а иногда и капиллярныя гемморрагіи въ кожѣ лица, всего болѣе замѣтныя на кожѣ вѣкъ. Эти петехіи представляются въ формѣ мелкихъ точекъ, синекраснаго цвѣта, густо сидящихъ другъ около друга и не исчезающихъ отъ давленія пальцемъ; нерѣдко такъ же послѣ приступа кашля являются носовыя кровотеченія, которыя могутъ повторяться почти послѣ каждаго приступа и тогда сильно ослабляютъ больного и доставляютъ врачу не мало заботъ и безпокойства; гораздо рѣже встрѣчаются кровотеченія изъ ушей, образующіяся иногда при здоровыхъ ушахъ вмѣстѣ съ разрывомъ барабанной перепонки, а чаще при воспаленіи средняго уха или наружнаго слуховаго прохода.

Изъязвленіе уздечки языка симптомъ самъ по себѣ неважный и непричиняющій больному, кромѣ легкой боли, никакого безпокойства, но онъ интересенъ какъ въ діагностическомъ, такъ и въ прогностическомъ отношеніи. Онъ встрѣчается только у дѣтей, имѣющихъ нижніе рѣзцы и чѣмъ острѣе они, тѣмъ скорѣе появляется язвочка; а потому у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 5, а въ особенности до 2-хъ, она встрѣчается значительно чаще, чѣмъ у болѣе взрослыхъ. Происхожденіе язвочки чисто механическое: во время коклюшнаго кашля, и въ особенности при рвотномъ движеніи въ концѣ пароксизма, языкъ высовывается изъ рта ad maximum, причемъ уздечка языка сильно трется объ острый край нижнихъ рѣзцовъ. Подъ вліяніемъ этого на уздечкѣ образуются сначала поверхностные надрывы въ видѣ двухъ-трехъ зарубокъ, а потомъ эти зазубрины, тѣсно сидящія другъ возлѣ друга, превращаются въ небольшое изъязвленіе, величиной до чечевицы, покрытое бѣлымъ, какъ будто крупознымъ экссудатомъ, который сидитъ такъ крѣпко, что безъ кровотеченія не можетъ быть удаленъ; еще черезъ нѣсколько дней слой экссудата значительно утол-

щается и язвочка превращается въ бѣлый наростикъ, величиной до полгорошины. Подъ микроскопомъ этотъ эксудатъ оказывается состоящимъ изъ уплощенныхъ эпителіальныхъ клѣтокъ, лимфоидныхъ элементовъ и зернистой массы, но безъ фибринозныхъ нитей, какъ при крупѣ (Roger). Смотря по силѣ кашля и по остротѣ рѣзцовъ, язвочка образуется раньше или позднѣе, но обыкновенно не ранѣе 2-й недѣли, когда судорожные пароксизмы кашля продолжались ужъ нѣсколько дней. Что язвочка эта имѣетъ механическое происхожденіе, видно изъ того, во 1-хъ, что она не встрѣчается у беззубыхъ дѣтей, (исключенія изъ этого правила чрезвычайно рѣдки; они объясняются или тѣмъ, что уздечка надрывается острымъ краемъ десенъ или, какъ было это въ случаяхъ, упоминаемыхъ Roger'омъ, надрывъ уздечки производился искусственно матерями при неосторожномъ выниманіи изо рта тягучей слизи) и во 2-хъ, что иногда она помѣщается не на уздечкѣ, а на другомъ сосѣднемъ мѣстѣ нижней поверхности языка, но только въ томъ случаѣ, если зубъ, соотвѣтствующій этому мѣсту языка при его высовываніи, вслѣдствіе неправильнаго роста, выдается своей острой коронкой надъ другими зубами.

Діагностическое значеніе язвы уздечки явствуетъ изъ того, что она встрѣчается почти исключительно только при коклюшѣ, такъ что на основаніи присутствія этой язвочки можно прямо діагносцировать коклюшъ, съ ничтожнымъ рискомъ ошибиться. При какомъ либо другомъ кашлѣ язвочка встрѣчается такъ рѣдко потому, что ни при какой другой болѣзни кашель не бываетъ такъ силенъ и не кончается такъ часто рвотой. Несомнѣнно, однако, что язвочка встрѣчается иногда и у не коклюшныхъ больныхъ, (я и самъ наблюдалъ ее два раза при гриппѣ) и этимъ самымъ доказывается, что происхожденіе ея не можетъ зависѣть отъ локолизаціи въ этомъ мѣстѣ коклюшнаго яда (микропаразитовъ), какъ думаетъ, напр., Epstein.

Для предсказанія язвочка уздечки имѣетъ значеніе въ силу того, что она вообще очень наклонна къ заживленію и если она держится въ теченіе 2—3-хъ недѣль, то только потому,

что причина, ея вызвавшая, продолжаетъ дѣйствовать; но дѣло въ томъ, что заживленіе язвочки начинается еще задолго до прекращенія судорожнаго кашля; она начинаетъ уменьшаться, какъ только припадки кашля дѣлаются полегче, причемъ язвочка оказывается настолько чувствительнымъ реактивомъ, если можно такъ выразиться, что по уменьшенію ея можно заключать о поворотѣ къ лучшему, когда родители ребенка на вопросъ объ улучшеніи даютъ еще отрицательный отвѣтъ.— Однимъ словомъ, въ развитіи и въ заживленіи язвочки уздечки мы имѣемъ объективный признакъ для сужденія о теченіи коклюша.

Какъ на *аномальную* форму коклюша, Roger (l. c. 474), указываетъ на то, что у дѣтей, подвергавшихся вліянію коклюшной заразы, вмѣсто кашля получается иногда *конвульсивный насморкъ* (coryza convulsif). Каждые полчаса или черезъ часъ ребенокъ начинаетъ чихать нѣсколько разъ подъ рядъ и наконецъ послѣднимъ чихкомъ выбрасываетъ изъ носу обильную, тягучую слизь, похожую на коклюшную макроту. Такое чиханье продолжается 1—2 мѣсяца.

Въ нормальныхъ случаяхъ коклюша никакихъ другихъ симптомовъ въ этомъ періодѣ не бываетъ. Лихорадка, бывшая въ началѣ, ко времени развитія полныхъ коклюшныхъ приступовъ исчезаетъ и по общему отзыву авторовъ, наличность повышенія температуры въ спазмотическомъ періодѣ коклюша указываетъ на какое нибудь осложненіе. Для большинства случаевъ это, конечно, вѣрно; но для меня несомнѣнно, что лихорадка, начавшаяся въ катарральномъ періодѣ коклюша, въ нѣкоторыхъ случаяхъ продолжается значительно дольше обыкновеннаго и тянется во время всего stad. spasmoticum (на что указываетъ также и Roger l. c. p. 458), и дѣло обходится всетаки безъ всякаго осложненія. Я помню семью Барановыхъ, въ которой коклюшемъ заболѣло четверо дѣтей и у всѣхъ лихорадка продолжалась въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, пока не наступило замѣтнаго облегченія кашля; катарральные хриппы были только у одного, а у троихъ остальныхъ явленій бронхита не было. Температура подымалась не высоко и колебалась отъ 37,6 до 38,5.

Подобные случаи указываютъ на то, что лихорадка при коклюшѣ можетъ имѣть, вѣроятно, и инфекціонное происхожденіе.

„Сильный коклюшъ, говоритъ Roger (l. c. 495) можетъ вызвать довольно сильный жаръ самъ по себѣ, безъ всякихъ осложненій и не только въ началѣ болѣзни, но и въ спазмотическомъ періодѣ“. Cadet de Gassicourt (Trait. clin. d. mal. d. l'enf. 1882, II т. 296), не признающій коклюшной лихорадки безъ осложненій, указываетъ однако на то, что бронхитъ, вызывающій эту лихорадку, можетъ протекать совсѣмъ скрытно, т. е. не выражаться никакими физикальными признаками и безъ всякихъ хрипповъ. Если это такъ, то слѣдовало бы еще добавить, что бронхитъ, вызывающій повышеніе t^0 при коклюшѣ, можетъ оставаться скрытымъ до самаго конца!

Вообще говоря, при коклюшѣ выслушиваніе и постукиваніе груди даютъ отрицательные результаты; бронхи въ нормальныхъ случаяхъ коклюша бываютъ обыкновенно настолько свободны, что хрипповъ нѣтъ вовсе, такъ какъ катарръ не идетъ далѣе трахеи и первыхъ бронховъ; только непосредственно передъ наступленіемъ приступа часто удается слышать, даже и издали, влажный хрипъ, происходящій, повидимому, въ трахеѣ. Во всякомъ случаѣ если въ 2—3-мъ періодѣ коклюша слизистая оболочка бронховъ нѣсколько и поражена, то это пораженіе является въ видѣ простой конгестіи, при которой слизистая оболочка остается сухой и не припухшей, а потому отсутствіе стетоскопическихъ признаковъ не представляетъ ничего удивительнаго.

Аппетитъ у коклюшныхъ больныхъ обыкновенно сохраняется довольно хорошо, а у нѣкоторыхъ онъ даже больше нормальнаго, и они усиленной ѣдой стараются вознаградить себѣ за потери рвотой. Потеря аппетита больше свойственна тяжелымъ формамъ коклюша.

Отправленіе кишекъ остается нормальнымъ; на боли живота дѣти не жалуются, за исключеніемъ лишь болей подъ ложечкой, зависящихъ отъ перенапряженія прямыхъ мышцъ живота при сильномъ кашлѣ. Боли эти усиливаются при сгибаніи туловища и при давленіи на прямыя мышцы между пупкомъ и scrobic. cordis.—Во время сильнаго кашля случаются иногда непроизвольное выхожденіе кала и мочи или даже выпаденіе прямой кишки.

Со стороны нервной системы ничего особеннаго не замѣтно; дѣти за время болѣзни дѣлаются нѣсколько раздражительны и выказываютъ особаго рода безпокойство или волненіе непосредственно передъ приступомъ кашля.

У маленькихъ дѣтей, преимущественно у грудныхъ, сильные пароксизмы кашля иногда кончаются приступомъ эклампсическихъ судорогъ, которыя могутъ повторяться, такимъ образомъ, по нѣсколько разъ въ день. — Такъ что я совершенно не могу согласиться, напр., съ Roger, который говоритъ, что обыкновенно приступъ эклампсіи въ теченіе каклюша не повторяется.

Въ тяжелыхъ случаяхъ коклюша (но только въ тяжелыхъ!), даже и ничѣмъ не осложненныхъ, больные такъ утомляются частыми приступами кашля, такъ мало спятъ и, всѣдствіе рвоты, такъ мало получаютъ пищи, что значительно блѣднѣютъ, худѣютъ и до такой степени ослабѣваютъ, что ложатся въ постель. Въ случаѣ обильныхъ или частыхъ носовыхъ кровотеченій такая слабость наступаетъ еще легче.

Относительно теченія коклюша въ этомъ періодѣ, можно отмѣтить, что никогда судорожный кашель не является сразу во всей своей силѣ, но переходъ катарральнаго періода въ спазмотическій совершается всегда постепенно. Сначала среди короткаго, сухого кашля выдается одинъ или два раза въ день приступъ кашля, напоминающій коклюшъ (см. выше), но еще безъ рвоты и безъ реприза; позднѣе кое-когда появляется и свистъ и наконецъ черезъ нѣсколько дней простой кашель совсѣмъ исчезаетъ, уступая мѣсто патогномоничнымъ пароксизмамъ. Въ теченіе первыхъ 7—10-и дней число и сила пароксизмовъ постепенно увеличиваются, потомъ на нѣкоторое время остаются in statu quo и засимъ медленно ослабѣваютъ и вмѣстѣ съ тѣмъ постепенно наступаетъ 4-й періодъ—разрѣшенія.

Продолжительность спазмотическаго періода коклюша колеблется въ большихъ предѣлахъ; въ абортивныхъ и легкихъ случаяхъ коклюша его можетъ совсѣмъ не быть (coqueluchette— французскихъ авторовъ), тогда какъ въ другихъ случаяхъ онъ тянется нѣсколько мѣсяцевъ. Въ одномъ изъ моихъ слу-

чаевъ, у мальчика 6-и лѣтъ, заболѣвшаго коклюшемъ во время подострой пнеймоніи нижней доли праваго легкаго, періодъ судорожнаго кашля продолжался отъ половины іюня до декабря. За средній срокъ можно принять отъ 2 до 4 недѣль.

Переходъ смазмотическаго періода въ катарральный или въ періодъ разрѣшенія совершается, какъ уже сказано, постепенно, что выражается уменьшеніемъ частоты и ослабленіемъ силы пароксизмовъ; рвота въ концѣ приступа наступаетъ рѣже; число репризовъ во время кашля уменьшается и самый свистъ не такъ громокъ; нѣкоторые приступы являются совсѣмъ безъ репризовъ; ночи больной проводитъ покойнѣе, и наконецъ остается простой кашель. При изслѣдованіи груди слышны распространенные, влажные хрипы; мокрота, бывшая прежде свѣтлой и тягучей, дѣлается теперь желтоватой, отъ примѣси гнойныхъ тѣлецъ, и легче отхаркивается. Аппетитъ поправляется, если онъ былъ плохъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ улучшается и общее состояніе питанія. Мало по малу кашель совсѣмъ теряетъ коклюшный характеръ и наконецъ недѣли черезъ 2—3 совсѣмъ прекращается.

Замѣчательно, что у больного, выздоровѣвшаго отъ коклюша, надолго (на нѣсколько мѣсяцевъ) остается расположеніе къ коклюшному кашлю, такъ что стоитъ ему простудиться или получить гриппъ, словомъ, закашлять, и кашель его сейчасъ же получаетъ коклюшный характеръ, т. е. больной закашливается безъ передышки до покраснѣнія лица и во время вздоха происходитъ свистъ вслѣдствіе спазма голосовой щели. Это возвратъ не коклюша, а только коклюшнаго кашля, который никого не заражаетъ и при комнатномъ содержаніи проходитъ также скоро, какъ и обыкновенный бронхитъ. Подобныя обостренія коклюшнаго кашля могутъ наступать не только тогда, когда больной уже выздоровѣлъ, но и въ любое время періода улучшенія и понятно, что подъ вліяніемъ подобныхъ ухудшеній, спазмотическій періодъ коклюша можетъ затягиваться гораздо дольше 6-ти недѣль. Самой частой причиной подобныхъ ухудшеній бываетъ простуда. Благодаря повторной простудѣ коклюшъ можетъ затягиваться на $^1/_2$ года и даже дольше. Продолжительность

коклюша отъ начала до конца, считая катарральный періодъ въ 7—10 дней, спазмотическій въ 3—6 недѣль и періодъ разрѣшенія въ 2—5 недѣль, равняется приблизительно 5—12 недѣлямъ. Впрочемъ, продолжительность коклюша и въ особенности его послѣдняго періода находится въ большой зависимости отъ погоды. Очень нерѣдко случается, напр., что если начало коклюша падаетъ на осень (октябрь), то катарральный кашель затягивается до весны (апрѣль). Съ другой стороны, встрѣчаются и абортивные случаи, въ которыхъ судорожный періодъ продолжается 1—2 недѣли, а катарральный почти совсѣмъ отсутствуетъ, такъ что вся болѣзнь кончается въ 2—3 недѣли, а Trousseau приводитъ даже случай трехдневной продолжительности. (Лекц. т. I, стр. 1012). У ребенка, лежавшаго въ госпиталѣ Necker, гдѣ была въ то время сильная эпидемія коклюша, вдругъ появились признаки сильнаго катарра, къ которому на другой день присоединился частый и весьма ясно выраженный конвульсивный кашель. Кашель этотъ продолжался только 3 дня и на 4-й остался какъ бы обыкновенный катарръ.

Осложненія и послѣдовательныя болѣзни.

Коклюшъ всего чаще осложняется бронхитомъ и катарральной пневмоніей. Бронхитъ можетъ начаться съ первыхъ дней заболѣванія и, протекая съ высокимъ лихорадочнымъ состояніемъ, быстро распространяется до мелкихъ бронховъ и вызываетъ одышку и другіе признаки тяжелаго заболѣванія (pertussis inflamatoria). По наблюденіямъ West'a (Kinderkr. 1872 г. 257), если одышка и другіе симптомы значительнаго бронхита появляются еще до спазмотическаго періода, то подобные случаи еще не очень тяжелы, такъ какъ опасные симптомы, въ большинствѣ случаевъ, черезъ нѣсколько дней исчезаютъ; страшнѣе тѣ случаи, въ которыхъ симптомы бронхита или пневмоніи появляются въ періодѣ полнаго развитія коклюша, особенно же, если этотъ бронхитъ развился, такъ сказать, самопроизвольно, т. е. прямо

вслѣдствіе тяжелаго коклюша, безъ помощи простуды или какихъ либо другихъ случайныхъ причинъ. Причиной подобнаго осложненія большею частью бываетъ простуда, особенно у дѣтей, расположенныхъ къ бронхитамъ, напр., у рахитиковъ, а также у грудныхъ; для тѣхъ и другихъ такая форма коклюша чрезвычайно опасна. Въ другихъ случаяхъ бронхитъ является позднѣе, именно въ концѣ stad. spasmoticum и ограничивается или бронхами средней величины или захватываетъ и мелкіе; какъ въ томъ такъ и въ другомъ случаѣ появляется лихорадочное состояніе, но при капилярномъ бронхитѣ сильнѣе; кромѣ лихорадки послѣдній отличается еще болѣе частымъ дыханіемъ (отъ 50 до 80 въ минуту) съ раздуваніемъ ноздрей, втягиваніемъ подложечки и мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы при вздохѣ (особенно у маленькихъ дѣтей) и наличностью распространенныхъ мелкопузырчатыхъ, не консонирующихъ хриповъ, преимущественно въ заднихъ и нижнихъ частяхъ легкихъ. Въ большинствѣ случаевъ, капиллярный бронхитъ очень скоро переходитъ въ катарральную пнеймонію, что совершается однако постепенно: сначала кое-гдѣ сзади внизу появляются мелкопузырчатые, консонирующіе хрипы, а потомъ измѣняется и перкуторный звукъ—изъ яснаго онъ дѣлается тимпаническимъ, а потомъ притупленнымъ. Если дѣло дошло до появленія тупого звука въ томъ или другомъ мѣстѣ легкаго, то это означаетъ образованіе обширнаго фокуса уплотнѣнія, черезъ сліяніе отдѣльныхъ пнеймоническихъ островковъ; въ это время часто можно констатировать, кромѣ консонирующихъ хриповъ, еще и бронхіальное дыханіе и бронхофонію.

Катарральная пнеймонія, развивающаяся вслѣдствіе коклюша, отличается отъ коревой и гриппозной пнеймоній гораздо большею продолжительностью и вялымъ теченіемъ и можетъ служить типическимъ образчикомъ настоящей катарральной пнеймоніи, характеризующейся, между прочимъ, и крайне неправильнымъ теченіемъ лихорадки (Фиг. 4). Только у грудныхъ дѣтей коклюшная пнеймонія нерѣдко принимаетъ очень тяжелое теченіе и ведетъ къ смерти въ нѣсколько дней.

Если коклюшная пнеймонія затягивается, то подъ вліяніемъ постоянной лихорадки ребенокъ значительно истощается, онъ сильно худѣетъ, блѣднѣетъ, и дѣло можетъ дойти даже до отековъ ногъ, причемъ со стороны легкихъ, кромѣ обычныхъ признаковъ уплотнѣнія одной или нѣсколькихъ долей, въ видѣ тупого или притупленно-тимпаническаго звука, мелко-пузырчатыхъ, консонирующихъ хриповъ, бронхіальнаго дыханія, получаются иногда и симптомы каверны, (бронхоэктазы); такъ что безъ изслѣдованія мокроты на бациллы, подобные случаи едва ли могутъ быть отличены отъ туберкулезной чахотки; но, несмотря на то, отчаиваться въ возможности выздоровленія отнюдь не слѣдуетъ.

Фиг. IV.

Больной можетъ прохворать, такимъ образомъ, 1—2—3 мѣсяца и даже дольше и въ концѣ концовъ иногда всетаки выздоравливаетъ. Особенной пользы въ такихъ пнеймоніяхъ можно ждать отъ перемѣны климата. Лихорадка исчезаетъ въ счастливыхъ случаяхъ черезъ нѣсколько дней, даже ужъ въ вагонѣ, когда больной не успѣлъ еще доѣхать до назначеннаго ему мѣста.

Чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ скорѣе можно ждать у него развитія коклюшной пнеймоніи, которая у дѣтей до 2-хъ лѣтъ

въ большинствѣ случаевъ кончается смертью, черезъ 3—6 недѣль; по этому-то именно коклюшъ у дѣтей до года и даже до 2-хъ лѣтъ считается опасной болѣзнью. Пнеймонія ведетъ къ смерти или сама по себѣ, или вслѣдствіе присоединенія къ ней туберкулеза (туберкулезная пнеймонія).

Капиллярный бронхитъ и катарральная пнеймонія всего чаще развиваются въ спазмотическомъ періодѣ коклюша. Подъ вліяніемъ лихорадочнаго состоянія, кашель нерѣдко измѣняетъ свой характеръ въ томъ смыслѣ, что исчезаетъ свистящее вдыханіе и рвота. Коклюшъ, подобно кори, но можетъ быть еще въ большей степени, склоненъ осложняться туберкулезомъ, причемъ посредства пнеймоніи вовсе не требуется, да даже и бронхитъ можетъ быть очень умѣреннымъ.

Подобные случаи миліарнаго туберкулеза вначалѣ выражаются только неопредѣленнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, для котораго очень трудно подыскать надлежащее объясненіе, и врачу приходится колебаться въ діагностикѣ между тифомъ, болотной лихорадкой, бронхитомъ и туберкулезомъ. Если лихорадка неопредѣленнаго происхожденія, неправильно послабляющаго или интермитирующаго типа, въ сопровожденіе кашля или даже и безъ него, появляется въ періодѣ выздоровленія отъ коклюша или кори, то одно ужъ время появленія подобной лихорадки говоритъ въ пользу ея туберкулезнаго происхожденія. Если лихорадка затягивается на нѣсколько недѣль (ниже я приведу температуру 100-дневной лихорадки) то діагностика въ пользу туберкулеза дѣлается почти достовѣрной, такъ какъ тифъ исключается слишкомъ большой продолжительностью лихорадки, при отсутствіи опухоли селезенки и какихъ либо другихъ тифозныхъ симптомовъ; болотная лихорадка—полной безрезультатностью среднихъ дозъ хинина и опять таки отсутствіемъ опухоли селезенки; а бронхитъ и пнеймонія—ничтожностью объективныхъ явленій со стороны легкихъ.

Для туберкулезной лихорадки характеристично до нѣкоторой степени слишкомъ неправильный типъ ея, выражающійся то извращеннымъ типомъ (maximum утромъ, а mini-

mum вечеромъ), то кратковременными и, повидимому, ничѣмъ не мотивированными высокими скачками температуры до 40—41⁰.

Скрытно протекающій туберкулезъ, сколько мнѣ извѣстно, всегда кончается смертью, вслѣдствіе распространенія процесса на легкія (туберкулезная пнеймонія) или на мозговыя оболочки (острая головная водянка).

Для примѣра я приведу здѣсь ходъ t'ы у 5-лѣтняго мальчика, прежде всегда здороваго, не имѣвшаго ни рахитизма, ни золотухи, ни наклонности къ бронхитамъ и заболѣвшаго сравнительно легкимъ коклюшемъ въ сентябрѣ 1885 года. Черезъ мѣсяцъ отъ начала болѣзни, когда приступы коклюшнаго кашля были еще рѣзко выражены, онъ началъ лихорадить. Съ 15-го дня (25 октября) температуру начали записывать, и больной уложенъ въ постель, не смотря на то, что его самочувствіе и состояніе силъ было на столько хорошо, что онъ охотнѣе бы остался на ногахъ. — Теченіе болѣзни было таково, что коклюшный кашель постепенно ослабѣвалъ и черезъ 3—4 недѣли почти совсѣмъ исчезъ, но по временамъ, безъ видимой причины снова усиливался, причемъ иногда въ груди появлялись въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ влажные, среднепузырчатые хриппы, которые потомъ опять исчезали.

За все время лихорадки хининъ назначался, конечно, нѣсколько разъ, въ количествѣ 6, 8 и 10 гранъ pro die но не приносилъ пользы, а иногда *послѣ него температура дѣлала* даже *значительные скачки кверху*, напр. на 41 и 50 дни.

Столь-же безполезнымъ оказался и мышьякъ, сначала по 1 каплѣ liq. arsen. Fow., а потомъ по 2 кап. 3 раза въ день отъ 30-го декабря по 15 января.

Дѣло кончилось тѣмъ, что 19-го января, на 99-й день лихорадки, больной сталъ жаловаться на сильную боль въ лѣвой сторонѣ головы и главнымъ образомъ въ области n. supraorbitalis. Боль эта продолжалась и слѣдующіе дни и навела врача, приглашеннаго на консиліумъ, еще разъ на мысль о болотной лихорадкѣ (хотя опухоли селезенки не было), почему и былъ снова назначенъ хининъ, но на этотъ разъ въ

большихъ дозахъ (по 15 и 20 гр.). Температура, начавшая падать съ 19-го января, послѣ 20 гранъ хинина достигла до нормы, но головная боль продолжалась по прежнему и, кромѣ того, больной сдѣлался апатиченъ и сонливъ. Еще черезъ 4 дня (26 января) отмѣчено замедленіе пульса до 84 ударовъ, а на слѣдующій день: неподвижный взглядъ, неправильное по ритму и глубинѣ дыханіе, полубезсознательное состояніе (неправильные отвѣты), вялая реакція расширенныхъ зрачковъ, легкое сведеніе затылка; 28-го янв. спячка и смерть. Подобная-же головная боль и рвота отмѣчены еще на 70 и на 73-й дни болѣзни.

15-й	д. лихор.	38,8—39,4	62-й	д. лихор.	37,3—38,5
16-й	„ „	38,4—39	63-й	„ „	37,6—39
17-й	„ „	38 —38,4	64-й	„ „	37,1—38,3
18-й	„ „	38,1—39,2	65-й	„ „	36,9—38,7
19-й	„ „	37,4—39,1 *)	66-й	„ „	37,4—37,6
20-й	„ „	37,7—39 **)	67-й	„ „	37,1—37,7
21-й	„ „	38,1—38,8	68-й	„ „	37 —37,6
22-й	„ „	37,7—38,3	69-й	„ „	37,1—37,4
23-й	„ „	37,4—38,6	70-й	„ „	36,8—37,3 (рвота).
24-й	„ „	38,2—37,6	71-й	„ „	37,6—39
25-й	„ „	38,2—38,6	72-й	„ „	37,3—37,6
26-й	„ „	38,6—37,7	73-й	„ „	37,2—37,8 (рвота).
27-й	„ „	38,3—38,8	74-й	„ „	37,5*)38,3
28-й	„ „	38 —38,7	75-й	„ „	37,6*)38,3
29-й	„ „	37,5—38,8	76-й	„ „	37,6*)38,5
30-й	„ „	38 —38,6	77-й	„ „	38,3*)40
31-й	„ „	37,5—38,4	78-й	„ „	37,5—40
32-й	„ „	37,8 —	79-й	„ „	36,8—39,2
33-й	„ „	38 —38,5	80-й	„ „	37,1—38,7
34-й	„ „	37,3—37,6	81-й	„ „	37 —38,3
35-й	„ „	37,4—37,9	82-й	„ „	38 —38,5
36-й	„ „	37,4—38,1	83-й	„ „	36,8—38,1
37-й	„ „	37,4—38,1	84-й	„ „	37,5—37,8

*) Утромъ 6 гранъ хинина.

**) Утромъ 8 гранъ хинина.

38-й	д. лихор.	37,3—37,9	85-й	д. лихор.	37,5—38,2
39-й	„ „	37,4—37,6	86 й	„ „	37,5—38,1
40-й	„ „	36,5—38,6	87-й	„ „	37,5—38,2
41-й	„ „	37,4*)*40,9*	88-й	„ „	37,5—37,8
42-й	„ „	37 —37,7 **)	89-й	„ „	37,4—37,8
43-й	„ „	37,3—37,4	90-й	„ „	37,1—38,1
44-й	„ „	37,1—38	91-й	„ „	37,2—38,2
45-й	„ „	37,1—38,1	92-й	„ „	37,2—38,3
46-й	„ „	37,2--37,5	93-й	„ „	37,6—38,5
47-й	„ „	36,8—37,1	94-й	„ „	37,6—39
48-й	„ „	37,3—38	95-й	„ „	37,5—39,5
49-й	„ „	37,4*)*39*	96-й	„ „	38,2—39,4
50-й	„ „	37,6*)*40,2*	97-й	„ „	38,1—39
51-й	„ „	37,4*)38	98-й	„ „	37,8—39,5
52-й	„ „	37,3*)37,6	99-й	„ „	38,8—38,8
53-й	„ „	37,2*)37,7	100-й	„ „	38,2—39
54-й	„ „	37 *) 37,2	101-й	„ „	37,9—38,7
55-й	„ „	37,6*)38,4	102-й	„ „	37,8***)38,3
56 и 57	„ „	—	103-й	„ „	38,1****)37,3
58-й	„ „	37,1—37,3	104-й	„ „	37,9—37,7
59-й	„ „	37,3—38	105-й	„ „	37 —38
60-й	„ „	37,4—38,5	106-й	„ „	37,5—36,9
61-й	„ „	37,4—38,3	107-й	„ „	37,3—38,1

Къ числу нерѣдкихъ осложненій или послѣдовательныхъ болѣзней кошлюша относится еще emphysema или правильнѣе—dilatatio pulmonum, отличающаяся отъ настоящей эмфиземы тѣмъ, что расширеніе легкихъ при коклюшѣ есть явленіе временное, исчезающее черезъ нѣсколько недѣль, не оставляя слѣдовъ. Расширеніе легкихъ развивается въ спазмотическомъ періодѣ коклюша и имѣетъ чисто механическое происхожденіе. Оно узнается при жизни, какъ и настоящая эмфизема, посредствомъ перкуссіи, указывающей на уменьшеніе сердечной тупости и на низкое стояніе нижняго края

*) 8 гранъ хинина.

**) Безъ хинина.

***) 15 гранъ хинина.

****) 20 гранъ хинина.

легкихъ. При значительномъ расширеніи легкихъ больной страдаетъ одышкой. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходитъ разрывъ легочныхъ пузырьковъ съ выходомъ воздуха подъ плевру (emphysema subpleuralis) или даже подъ кожу шеи и дальше.

Какъ на послѣдовательную болѣзнь коклюша, Henoch указываетъ на измѣненіе грудной клѣтки, очень похожее на рахитическую куриную грудь. Причиной этого онъ считаетъ недостаточный доступъ воздуха къ легкимъ вслѣдствіе суженія голосовой щели.

Очень серіознымъ осложненіемъ коклюша надо считать *мозговые симптомы*, являющіеся слѣдствіемъ застоя крови въ мозгу подъ вліяемъ спазмотическаго кашля, что болѣе свойственно маленькимъ дѣтямъ, въ особенности груднымъ, у которыхъ иногда каждый приступъ коклюшнаго кашля сопровождается эклампсическими судорогами, во время которыхъ больной можетъ умереть. Въ другихъ случаяхъ *пассивная гиперемія* мозга выражается апатіей, сонливостью, головной болью, косоглазіемъ, неподвижнымъ взглядомъ, сведеніемъ затылка, наконецъ, сопоромъ, словомъ, всѣми припадками острой головной водянки, которой, однаго, при вскрытіи не оказывается.

Если во время коклюша ребенокъ заболѣваетъ какой нибудь *лихорадочной болѣзнью*, то это часто служитъ ему въ пользу, такъ какъ спазмотическій кашель значительно ослабѣваетъ, а иногда даже и все теченіе укорачивается и, такимъ образомъ, больной остается въ выигрышѣ, если только эта новая лихорадочная болѣзнь сама по себѣ не опасна. На этомъ основаніи нѣкоторые врачи, между прочимъ и Vogel, рекомендовали лѣчить коклюшъ вакцинаціей. Подобное вліяніе на теченіе коклюша иногда оказываетъ даже и пнеймонія (крупозная), если она случайно совпадаетъ съ началомъ коклюша (pneumonies salutaires-Roger). Чаще, однако, случается такъ, что кашель, ослабѣвшій во время лихорадочной болѣзни, по окончаніи ея снова усиливается, и коклюшъ принимаетъ свое обычное теченіе. Если лихорадочная болѣзнь сама по себѣ тяжелая, да вдобавокъ ребенокъ слабъ или

слишкомъ юнъ, то у него не хватаетъ силъ сильно кашлять, и тогда свистъ хотя и изчезаетъ, но кашель дѣлается частымъ и короткимъ, развивается синюха, и больной черезъ нѣсколько дней умираетъ. Подобное вліяніе на коклюшъ оказываетъ нерѣдко бронхопнеймонія у грудныхъ дѣтей.

Изъ случайныхъ болѣзней, присоединяющихся къ коклюшу, особенно дурное значеніе въ прогностическомъ отношеніи имѣетъ *корь*, такъ какъ при такой комбинаціи гораздо чаще появляются опасныя осложненія, свойственныя каждой изъ этихъ болѣзней въ отдѣльности, т. е. бронхопнеймонія и туберкулезъ. Въ дѣлѣ развитія этихъ осложненій играетъ роль не только индивидуальность больного, но и время появленія кори. Для больного гораздо выгоднѣе получить корь въ самомъ началѣ коклюша, чѣмъ въ періодѣ его разгара. Наблюденія Запольскаго, по которому недавно перенесённый коклюшъ какъ будто предохраняетъ дыхательные органы отъ распространенія на нихъ коревого процесса—нуждаются еще въ подтвержденіи (Рус. медиц. 1886 г.).

Предсказаніе.

Для дѣтей старше 5-и лѣтъ, бывшихъ прежде здоровыми, коклюшъ средней силы (до 20 пароксизмовъ въ сутки), рѣдко бываетъ опасенъ; но для маленькихъ дѣтей, въ особенности для грудныхъ, эта болѣзнь чрезвычайно опасна; отъ коклюша часто также умираютъ рахитики, расположенные къ ларингоспазму. Такіе субъекты умираютъ иногда внезапно во время пароксизма кашля (что случается, впрочемъ, чрезвычайно рѣдко), или получаютъ катарральную пнеймонію. По статистикѣ Voit'a (цитиров. у Monti-Real-Encykl. Keuchhusten), смертность отъ коклюша на 1-мъ году=25%; отъ 1—5 лѣтъ= 4,8%; отъ 6—18 лѣтъ=1,1%). Вообще можно сказать, что, *чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ опаснѣе для него коклюшъ*. Правило это Roger резюмируетъ такъ: опасность отъ коклюша въ первые мѣсяцы жизни—чрезмѣрна; въ первые два года—очень велика, но во второмъ дѣтствѣ—ничтожна, а у взрослыхъ—

равна нулю. Процентъ смертности отъ коклюша, онъ опредѣляетъ приблизительно такъ: въ 3-хъ лѣтнемъ возрастѣ умираетъ $1/_6$; отъ 1—2 лѣтъ $1/_4$; отъ 6—12 мѣс. $1/_3$; въ первые 3 мѣсяца $1/_2$.

Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ предсказаніе должно сообразоваться не только съ возрастомъ и общимъ состояніемъ здоровья ребенка, но также съ силой коклюша и могущими встрѣтиться осложненіями. Что о силѣ коклюша мы судимъ по числу приступовъ кашля за сутки и по интензивности самыхъ приступовъ (по числу репризовъ), объ этомъ было уже говорено. Trousseau утверждалъ, что если кашель повторяется болѣе 60-и разъ въ сутки (онъ не говоритъ о томъ, какимъ образомъ онъ считалъ приступы), то ребенокъ непремѣнно умретъ отъ к. н. осложненія.

Изъ осложненій имѣютъ значеніе для предсказанія: частая рвота, обильныя носовыя кровотеченія, bronchitis и pneumonia (bronchitis capillaris столь же опасна, какъ и сама pneumonia); далѣе—мозговые симптомы; хотя при эклампсическихъ судорогахъ смерть и можетъ наступить внезапно, во время параксизма кашля, но всетаки предсказаніе при „коклюшныхъ судорогахъ", насколько я могу судить на основаніи собственныхъ наблюденій, нѣсколько лучше, чѣмъ при спячкѣ и другихъ симптомахъ, такъ сказать, стаціонарной, пассивной гипереміи мозга.

Для предсказанія имѣетъ значеніе и время года, такъ какъ лѣтомъ коклюшъ протекаетъ обыкновенно легче чѣмъ зимой.

Діагностика.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ коклюша діагностика легка, такъ какъ коклюшный кашель на столько типиченъ и своеобразенъ, что не узнать его трудно, даже и не врачу; достаточно хоть разъ слышать этотъ кашель. Если такой кашель встрѣчается у нѣсколькихъ дѣтей извѣстной семьи, то въ діагностикѣ не можетъ быть сомнѣнія.

По нашему мнѣнію, никоимъ образомъ нельзя согласиться

съ Niemeyer'омъ, который говоритъ, что параксизмы коклюшнаго кашля ничѣмъ не отличаются отъ кашля при очень сильномъ laryngo-bronchitis.

Нѣкоторое сходство съ коклюшемъ можетъ представлять кашель только при гиперплязіи и творожистомъ перерожденіи шейныхъ и бронхіальныхъ железъ, сдавливающихъ vagus или n. laryng. super. Но помимо того, что сходство между этими двумя кашлями довольно отдаленное, существенная разница состоитъ въ теченіи. Для коклюша характеристично, что онъ начинается съ сухого, короткаго кашля, который черезъ нѣсколько уже дней постепенно переходитъ въ судорожный, а этотъ послѣдній, въ свою очередь, черезъ 2—3 недѣли начинаетъ ослабѣвать и переходитъ въ влажный, катарральный. При гиперплязіи железъ кашель тянется сначала въ видѣ хроническаго бронхита, который долго спустя принимаетъ сходство съ коклюшемъ (ребенокъ закашливается до покраснѣнія лица и иногда дѣлаетъ при этомъ свистящее вдыханіе), и на этой степени развитія остается неопредѣленно долго. Такія дѣти или въ высокой степени рахитичны или золотушны и страдаютъ опухолью почти всѣхъ видимыхъ лимфатическихъ железъ. Къ этому добавлю еще, что хотя гиперплязія бронхіальныхъ и шейныхъ железъ встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ и очень часто, но коклюшеподобный кашель безъ коклюша является крайне рѣдко.

Если коклюшъ начинается съ высокой лихорадки, то сильный кашель, при отрицательныхъ результатахъ физикальнаго изслѣдованія груди, можетъ навести врача на мысль о миліарномъ туберкулезѣ. Roger, напр., разсказываетъ про случай коклюша, принятый тремя знаменитостями—Guersant, Blache и Trousseau, приглашенными на консиліумъ, за галопирующую чахотку. Дѣло шло о 17-и лѣтней дѣвушкѣ изъ практики Roger, которая заболѣла какъ бы очень острымъ бронхитомъ. Около 12-го дня общіе симптомы усилились еще болѣе (частый кашель, то совсѣмъ сухой, то съ обильной мокротой, высокая лихорадка, съ вечерними ожесточеніями), между тѣмъ какъ физикал. признаки были почти отрицательны: незначительное количество сухихъ и влажныхъ хриповъ,

мѣнявшихъ мѣсто, шероховатое или грубое везикулярное дыханіе и больше ничего. Вотъ при этихъ-то условіяхъ консультанты и признали единогласно острый туберкулезъ, черезъ нѣсколько дней оказавшійся просто коклюшемъ.

Что съ коклюшемъ не слѣдуетъ смѣшивать коклюшеподобный кашель, являющійся отъ простуды у выздоравливающихъ отъ коклюша, объ этомъ сказано выше.

Распознаваніе коклюша не представляетъ затрудненій даже и въ амбулянтной практикѣ. Основаніемъ діагностики въ такихъ случаяхъ служатъ: 1) Эпидемичность болѣзни (кашляютъ нѣсколько дѣтей въ данной семьѣ). 2) Приступъ кашля сопровождается свистящимъ вдыханіемъ и покраснѣніемъ лица и оканчивается рвотой и изверженіемъ мокроты даже у маленькихъ дѣтей. (Дѣти до 5 лѣтъ при простомъ бронхитѣ никогда не выхаркиваютъ мокроту, а глотаютъ ее; а потому если мать передаетъ, что ребенокъ послѣ приступа кашля выдѣляетъ мокроту наружу, то это обстоятельство (обязанное своимъ происхожденіемъ рвотному движенію) очень характерно для коклюша). 3) Кашель ночью замѣтно сильнѣе чѣмъ днемъ. 4) Одутловатое лицо и припухлость вѣкъ. 5) Изъязвленіе подъязычной уздечки. 6) Для многихъ случаевъ характерны и отрицательные результаты физикальнаго изслѣдованія груди, несмотря на заявленіе матери, что ребенокъ кашляетъ очень сильно.

Всего труднѣе узнать коклюшъ въ самомъ началѣ катарральнаго періода. О тѣхъ признакахъ, которыми можно въ это время руководствоваться, было сказано въ главѣ о симптоматологіи.

При діагностикѣ коклюша у грудныхъ дѣтей слѣдуетъ имѣть въ виду, что въ этомъ возрастѣ коклюшный кашель часто не имѣетъ репризовъ; но для правильной оцѣнки его важно то, что большинство приступовъ кашля кончается рвотой, что рядъ кашлевыхъ толчковъ слѣдуетъ другъ за другомъ безъ передышки и ведетъ къ покраснѣнію лица, что у нихъ часто развивается язвочка подъ языкомъ и что сильный кашель протекаетъ безъ лихорадочнаго состоянія и часто безъ хрипповъ. Если въ данной семьѣ есть другіе случаи

коклюша, то діагностика еще легче. Въ виду отсутствія репризовъ нѣкоторые врачи принимаютъ коклюшъ у грудныхъ дѣтей за кашель къ зубамъ (т. е. отъ прорѣзыванія зубовъ), но, конечно, не основательно, такъ какъ кашель во время прорѣзыванія зубовъ, ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго бронхита; онъ скоро проходитъ и не имѣетъ наклонности осложняться рвотой.

Лѣченіе.

Какихъ либо предохранительныхъ средствъ противъ коклюша мы не знаемъ, и потому *предохранительное лѣченіе* можетъ состоять только въ строгой изоляціи заболѣвшихъ отъ здоровыхъ (что, впрочемъ, не всегда ведетъ къ цѣли, такъ какъ коклюшъ начинаетъ заражать съ самаго начала, когда еще не можетъ быть узнанъ).

Особенно необходимо изолировать маленькихъ дѣтей, примѣрно до двухъ лѣтъ, а также дѣтей ослабленныхъ какой нибудь предшествовавшей болѣзнью Если грудного ребенка кормитъ мать, то она совсѣмъ не должна ходить въ комнаты, занятыя больными. Слѣдуетъ имѣть въ виду возможность перенесенія заразы вещами и животными.

Женщина, беременная на послѣднемъ мѣсяцѣ, тоже должна избѣгать всякаго соприкосновенія съ больными, такъ какъ она можетъ передать заразу плоду черезъ плацентарное кровобращеніе

Большею частью первый ребенокъ, заболѣвшій въ семьѣ, приноситъ коклюшъ изъ какой-нибудь школы, дѣтскаго сада и т. п., а потому не только больные должны быть удаляемы изъ заведенія, но даже и здоровые ихъ братья и сестры, если они не отдѣлены отъ заболѣвшаго, (а если отдѣлены, то черезъ 3 недѣли они могутъ ходить въ классъ).

Черезъ сколько времени отъ начала болѣзни самъ больной можетъ начать посѣщеніе школы – сказать очень трудно, такъ какъ мы не знаемъ, когда именно коклюшъ перестаетъ быть заразительнымъ. По правиламъ, изданнымъ медицинскимъ совѣтомъ, ребенокъ допускается въ школу черезъ 6 недѣль отъ появленія кашля, когда исчезнутъ спазмотическіе приступы или вовсе не будетъ кашля.

Не совсѣмъ понятно, причемъ здѣсь 6 недѣль? Если руководствоваться исчезанiемъ спазмотическаго кашля, то въ однихъ случаяхъ придется выпускать ребенка раньше 6-и недѣль, а въ другихъ и притомъ въ большинствѣ, позднѣе. При возвратахъ коклюшнаго кашля, болѣзнь уже не считается заразительной.

Если больной умеръ, то комнату его дезинфецируютъ, потомъ провѣтриваютъ и когда все это кончено, то можно поселить въ ней здоровыхъ.

При *лѣченiи развившейся болѣзни* большое значенiе имѣетъ чистый воздухъ, влiянiе котораго на теченiе коклюша замѣтнѣе, чѣмъ при другихъ инфекцiонныхъ болѣзняхъ. Днемъ больной долженъ оставить свою спальню и перейти въ другiя комнаты, а спальня его должна провѣтриваться цѣлый день черезъ форточки, а если не позволяетъ холодная погода, то надо отворять форточки нѣсколько разъ въ день хоть по получасу. Къ вечеру t^0 спальной должна быть отъ $13-15^0$. Чѣмъ просторнѣе она, тѣмъ лучше. Держать нѣсколькихъ коклюшныхъ больныхъ въ одной комнатѣ, хотя бы и просторной, не слѣдуетъ, такъ какъ стоитъ ночью закашлять одному, какъ сейчасъ-же начнутъ кашлять и другiя. (Не черезъ подраженiе, какъ обыкновенно думаютъ, а скорѣе просто отъ того, что просыпаются въ это время).

Можно-ли при коклюшѣ выходить на улицу—зависитъ отъ погоды и отъ возраста больного. Лѣтомъ, въ теплую погоду всѣ коклюшные, не исключая и грудныхъ дѣтей, должны быть на свѣжемъ воздухѣ, хоть цѣлый день съ 10 ч. утра и до захода солнца (до росы). Ежедневное наблюденiе показываетъ, что въ комнатахъ больные кашляютъ значительно чаще, чѣмъ на воздухѣ. Наоборотъ, зимой, при морозѣ выше 10^0 R. и особенно при *холодномъ вѣтрѣ*, хотя бы термометръ и показывалъ $+3-5^0$ R., всѣ коклюшные должны сидѣть дома.

Что касается до возраста, то дѣти старше 5-и лѣтъ могутъ выходить на воздухъ и зимой, когда нѣтъ вѣтра, но маленькiя дѣти не должны быть выпускаемы даже и при этомъ условiи.

Купать коклюшныхъ дѣтей не слѣдуетъ. Дiэта ихъ должна быть обыкновенная какъ и для здоровыхъ. При частой рвотѣ лучше кормить больного нѣсколько разъ въ день, но понемногу (при полномъ желудкѣ рвота наступаетъ несравненно легче) и лучше непосредственно послѣ пароксизма.

Лучшимъ средствомъ противъ коклюша многими считается *перемѣна воздуха*. Всего лучше уѣхать куда нибудь подальше; зимой, наприм., на югъ, а лѣтомъ въ горы, или, по крайней мѣрѣ, въ деревню. Въ крайности можно уѣхать хоть за нѣсколько верстъ отъ эпидемической мѣстности и то ужъ можетъ быть польза, даже и въ томъ случаѣ если, напр., деревня мѣняется на городъ. Что коклюшный больной можетъ занести заразу въ новую мѣстность, это, конечно, не подлежитъ сомнѣнію и должно имѣться въ виду тѣми, кто совѣтуетъ такой способъ лѣченія, отъ котораго Henoch, впрочемъ, не видалъ никакой пользы, хотя собственный его сынъ, уѣхавшій въ Reichenhall, въ самомъ началѣ спазмотическаго періода, избавился отъ коклюша въ 2 недѣли!

Противъ коклюша рекомендовано такъ много „хорошо дѣйствующихъ и специфическихъ" средствъ, что въ этомъ отношеніи онъ выдержитъ конкуренцію даже съ дифтеритомъ. Не перечисляя всѣхъ этихъ рекомендацій, замѣтимъ только, что, смотря по тому или иному воззрѣнію на сущность коклюша, предлагались почти всѣ nervina, съ белладоной и морфіемъ во главѣ, всѣ anticatarrhalia и въ послѣднее время всѣ antiparasitica.

Въ результатѣ всего этого мы должны всетаки сознаться, что *противоядія противъ коклюшнаго яда мы не знаемъ и купировать его развитіе не умѣемъ*, а можемъ только облегчить его теченіе и, можетъ быть, до нѣкоторой степени, сократить его.

Я приведу только наиболѣе употребительныя средства и методы лѣченія.

Въ первомъ періодѣ коклюша, сухой, частый кашель всего лучше облегчается постельнымъ содержаніемъ и назначеніемъ щелочныхъ средствъ (минеральныя воды—зельтерская съ теплымъ молокомъ, селезская—оберзальцбрунъ и друг.) и наркотическихъ, въ видѣ Доверова порошка или морфія на ночь. Умѣстны также паровыя пульверизаціи щелочныхъ растворовъ (2% natri bicarbonici) или однихъ паровъ. Въ этомъ періодѣ, а также въ началѣ слѣдующаго, Monti видѣлъ значительную пользу отъ вдыханій паровъ *бензина* (пред-

ложеннаго Neumann'омъ) (ложку бензина выливаютъ въ тазъ съ горячей водой и вдыхаютъ пары 4—6 разъ въ день по 5 минутъ); въ нѣкоторыхъ случаяхъ это средство, по его словамъ, не только облегчаетъ кашель, но укорачиваетъ и теченіе болѣзни.

Въ спазмотическомъ періодѣ употребляются какъ внутреннія, такъ и наружныя средства.

Внутреннія средства. Морфій считается Henoch'омъ за самое лучшее паліативное средство. Онъ прописываетъ его такъ: Rp. Morphii acetici 0,01—0,03 ($^1/_6$—$^1/_2$ гр.). Aq. destill. 35,0 (℥jx) Syr. alth. 15,0 (℥β). MDS. 2—3 раза въ день по чайной ложкѣ. Если ребенокъ сонливъ, то пріемы лѣкарства отмѣняются, а если морфій переносится хорошо, то можно продолжать его въ теченіе нѣсколькихъ недѣль подрядъ. Показаніемъ къ нему Henoch считаетъ тяжелые случаи коклюша, когда бываетъ не менѣе 20 пароксизмовъ въ сутки.

Я имѣю обыкновеніе прописывать его въ капляхъ изъ 1 гр. на полъунцію, и осторожности ради, начинаю съ очень маленькихъ пріемовъ, именно по столько капель, сколько ребенку лѣтъ, 2—3 раза въ день.

Chloral-hydrat какъ средство облегчающее приступы коклюша тоже полезенъ; онъ прописывается въ количествѣ 3—5 gr. pro die на годъ въ слизистомъ растворѣ, напр., Chlor. hydr. ʒβ Dti rad. alth. ℥jv. Syr. simpl. ℥β MDS. По десер. ложкѣ черезъ 2 часа (для ребенка 4—6 лѣтъ). По наблюденіямъ, собраннымъ мною за послѣдній годъ, гораздо лучше дѣйствуетъ при коклюшѣ Croton-chloral hydrat. иначе называемый Butylchloral, полученный Kraemer'омъ и Pinner'омъ въ 1870 г., какъ побочный продуктъ при добываніи хлораля, путемъ дѣйствія хлора на альдегитъ. По химической своей натурѣ Butylchloral стоитъ къ бутилевому альдегиду въ такомъ же отношеніи какъ хлоральгидратъ къ этиловому. Это довольно пріятно пахнущій, безцвѣтный, кристаллическій порошокъ, трудно растворимый въ водѣ, но легко въ алкоголѣ и глицеринѣ, почему и прописывается въ смѣси этихъ веществъ. Онъ имѣетъ особое отношеніе къ нервамъ головы, такъ какъ большіе дозы его производятъ прежде всего ане-

стезію головы, почему и рекомендовался при невралгіяхъ n. trigemini. Кто именно предложилъ его при коклюшѣ, я не могу припомнить.

Правда, эпидемія коклюша въ 1886 году въ Москвѣ была довольно легкая, да и число моихъ случаевъ не могло быть достаточно большимъ, чтобъ я могъ высказать окончательное сужденіе объ этомъ средствѣ. Но вотъ что я могу сказать съ увѣренностью, что въ тѣхъ 10—12 случаяхъ, въ которыхъ я назначалъ его въ періодѣ спазмотическаго кашля, я всегда видѣлъ болѣе или менѣе замѣтное облегченіе кашля, наступавшее иногда уже съ первыхъ ложекъ лѣкарства. Въ одномъ случаѣ, напр., у 12-ти лѣтней дѣвочки, (у той самой что приведена мною на стр. 137) страдавшей коклюшемъ безъ репризовъ, но приступы сопровождались сильнымъ покраснѣніемъ лица, слезотеченіемъ и выпячиваніемъ глазныхъ яблокъ, и кашель повторялся чаще чѣмъ каждые $^1/_2$ часа, послѣ 2-й ложки микстуры приступы сдѣлались значительно рѣже и безпокоили больную черезъ 2—3 часа, а черезъ нѣсколько дней ослабѣла и сила кашля; когда кашель сдѣлался на столько легокъ и рѣдокъ, что лѣкарство было отмѣнено, то вскорѣ пришлось опять прибѣгнуть къ нему, такъ какъ кашель снова усилился.

Прописывалъ я его такъ: Rp. Crotonchlor. hydr. ʒj Trac cardamon. compos. Glycerini puris. āā ℥jj MDS. По чайной (ребенку 4—5 лѣтъ) десертной ложкѣ 4 раза въ день. Если первая склянка не принесла замѣтнаго улучшенія, а между тѣмъ больной не дѣлается сонливъ и вялъ, то пріемы назначаютъ каждые 2 часа. Ellis (Manuel prat. d. màladies de l'enf. 1884), не видавшій пользы отъ этого средства, назначалъ его въ слишкомъ малыхъ дозахъ; онъ давалъ его ребенку 8--10 лѣтъ по 0,04 2—3 раза въ день.

Всѣ три приведенныя средства не должны быть назначаемы при коклюшѣ, осложненномъ капиллярнымъ бронхитомъ, и вообще при скопленіи въ бронхахъ большого количества отдѣляемаго.

Многіе французскіе авторы (Trousseau, Roger, Cadet de Gassicourt) самымъ дѣйствительнымъ средствомъ противъ ко-

клюша считаютъ препараты белладоны и атропинъ. Я лично не имѣю никакой опытности насчетъ дѣйствія этихъ лѣкарствъ, такъ какъ ихъ надо давать въ большихъ дозахъ до появленія первыхъ признаковъ отравленія (расширеніе зрачковъ, краснота лица, сухость рта и зѣва), причемъ, по моему мнѣнію, легко пересолить, т. е. произвести болѣе сильное отравленіе. Для избѣжанія этого совѣтуютъ начинать съ малыхъ пріемовъ и потомъ постепенно ихъ увеличивать до появленія несомнѣннаго улучшенія приступовъ кашля или до появленія припадковъ отравленія. Для ребенка въ первомъ возрастѣ Trous. назначалъ пилюли, изъ которыхъ въ каждой заключалось по 0,005 (gr. $^1/_{12}$) вытяжки белладоны и порошка. Для ребенка старше 4-хъ лѣтъ и для взрослыхъ, въ каждой пилюлѣ должно быть по 0,01 ($^1/_6$ ґр.) экстракта и порошка белладоны. Для дѣтей, не умѣющихъ глотать пилюли, ихъ разводятъ небольшимъ количествомъ сиропа, потомъ кладутъ на спинку языка и тогда онѣ легко проглатываются (впрочемъ въ постоянствѣ успѣха я сильно сомнѣваюсь). Онъ назначалъ принимать ежедневно утромъ по одной пилюлѣ натощакъ. Если число и сила приступовъ не уменьшилась, то даютъ по двѣ пилюли за разъ, и т. д. и смотря по надобности доходятъ до 5—12 пилюль въ день (Trousseau совѣтовалъ давать ихъ непремѣнно за разъ, но другіе не придерживаются этого правила). На одномъ и томъ-же пріемѣ больной долженъ оставаться не менѣе двухъ-трехъ дней. Если дошли до такого пріема, при которомъ наступило улучшеніе, то стоятъ на немъ съ недѣлю, а потомъ убавляютъ по одной пилюлѣ.

Атропинъ Trousseau выписываетъ для маленькихъ дѣтей 0,01 на 200,0 воды и даетъ сначала по чайной ложкѣ на пріемъ разъ въ день, потомъ постепенно усиливаетъ дозы.

Хининъ рекомендовался при коклюшѣ, какъ specificum, и именно въ большихъ дозахъ (въ $1^1/_2$—2 раза больше числа лѣтъ утромъ и вечеромъ). Несомнѣнно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ дѣйствуетъ быстро и не только ослабляетъ частоту и силу пароксизмовъ, но даже, повидимому, укорачиваетъ и самое теченіе коклюша; но вѣрно также и то, что въ другихъ случаяхъ онъ остается безъ всякаго дѣйствія.

Въ одномъ случаѣ коклюша, у мальчика 8-и лѣтъ, я имѣлъ возможность назначить хининъ еще въ продромальномъ періодѣ (братъ и двѣ сестры больного уже имѣли коклюшъ); такъ какъ горечь была вовсе не противна больному, то онъ свободно принималъ по 20 гранъ хинина въ день и тѣмъ не менѣе приступы кашля были у него нисколько не слабѣе, чѣмъ у другихъ. Недѣли черезъ 2 лѣченіе хининомъ должно было быть оставлено, такъ какъ наступили припадки интоксикаціи хининомъ, въ видѣ періодически наступавшаго, всегда въ одиннадцатомъ часу вечера, ночного испуга (pafor nocturnus), исчезнувшаго въ тотъ-же день, какъ былъ отмѣненъ хининъ. Дальнѣйшее теченіе коклюша въ этомъ случаѣ, сравнительно съ теченіемъ его у брата и сестеръ, отличалось чрезвычайно длиннымъ періодомъ stad. spasmotici, который продолжался, несмотря на лѣтнее время, по крайней мѣрѣ, мѣсяца два съ половиной. Я назначаю хининъ преимуществено *груднымъ дѣтямъ* въ дозахъ, втрое превышающихъ число лѣтъ, т. е. полугодовалому я даю $1^1/_2$ гр. pro die, годовалому 3 грана и т. д. Въ этомъ возрастѣ онъ рѣдко не приноситъ замѣтнаго облегченія. При лѣченіи хининомъ я предпочитаю давать его съ отдыхами, именно даю 4 дня подъ рядъ, потомъ 2 дня совсѣмъ не даю и т. д. до двухъ, трехъ разъ, смотря по упорству болѣзни.

Что у маленькихъ и грудныхъ дѣтей лѣченіе коклюша хининомъ оказываетъ иногда блистательное дѣйствіе, я убѣдился на одномъ 4-хъ мѣсячномъ ребенкѣ, у котораго приступы были настолько сильны, что почти каждый изъ нихъ оканчивался эклампсическимъ припадкомъ. Послѣ назначенія хинина по 2 гр 2 раза въ день, уже черезъ день не было ни одного припадка съ судорогами.

Natrum bromatum и ammonium bromatum не имѣютъ особыхъ преимуществъ передъ другими средствами; ихъ можно давать и груднымъ дѣтямъ, приблизительно отъ 3—5 гранъ pro die на каждый годъ.

Наружныя средства употребляются въ видѣ пульверизацій, помазываній зѣва и гортани и въ видѣ присыпокъ.

Для *пульверизацій* въ послѣднее время рекомендуются, главнымъ образомъ, противопаразитныя средства. Я прибѣгаю къ нимъ только у дѣтей старшаго возраста, которыя могутъ производить пульверизаціи какъ слѣдуетъ, т. е. сидѣть передъ паровымъ аппаратомъ съ широко открытымъ ртомъ и съ высунутымъ языкомъ, такъ какъ только при этомъ условіи пульверизуемое лѣкарство можетъ достигать гортани, по крайней мѣрѣ, верхнихъ частей ея. Я считаю полезными въ такихъ случаяхъ 1% растворы карболовой кислоты и 2% салициловаго натра. Тѣмъ и другимъ пульверицаціи дѣлаются 4—6 разъ въ день, смотря по тяжести случая. То или другое сред-

ство я соединяю обыкновенно съ бромистымъ натріемъ, въ видахъ достиженія нѣкоторой анестезіи зѣва и глотки, напр., Rp. Natri salicyl. ʒβ, natri bromati ʒj. Aq. destill ℥vj MDS. Для пульверизацій въ теченіе двухъ минутъ 4—6 разъ въ день.

Для лѣченія коклюша рекомендуются также вдыханія паровъ летучихъ средствъ. Одни, напр., совѣтуютъ развѣшивать въ спальной больного тряпки, смоченныя 3% карболовой кислотой, другіе—вдыханія паровъ скипидара или эйкалиптоваго масла; о бензинѣ было сказано выше. Въ періодѣ судорожнаго кашля я нахожу болѣе полезными пары карболовой кислоты, а въ періодѣ отдѣленія обольной мокроты—вдыханія скипидара или эйкалипта.

Вяжущіе растворы (Argen. nitricum 1 гр. на унцію; alumen crudum ʒβ—℥vj) умѣстнѣе въ послѣднемъ періодѣ, при болѣе обильномъ образованіи секрета.

Для *помазываній* зѣва и гортани особенно рекомендовались 1% растворъ резорцина, 5—10% раствор. кокаина (Moncorvo) и крѣпкіе растворы хинина.

Насчетъ внутригортанныхъ помазываній я не имѣю никакой опытности; во всякомъ случаѣ, ихъ надо производить при помощи ларингоскопа, а такъ какъ каждое прикосновеніе къ корню языка или къ небу у коклюшнаго больного вызываетъ обыкновенно приступъ кашля, то я считаю такое лѣченіе трудно выполнимымъ и довольно мучительнымъ для больного. Что касается до смазываній зѣва и задней стѣнки глотки 10% растворомъ солянокислаго кокаина, то въ немногихъ случаяхъ, въ которыхъ я испыталъ это дорогое средство, я далеко не видалъ столь блестящихъ результатовъ, какъ описываетъ ихъ, рекомендовавшій такой способъ лѣченія, д-ръ Barbillion (Revue mens. d. mal. d. enf. 1885).

Barlow (Врачъ, 1886, с. 429), испыталъ способъ лѣченія Moncorvo, т. е. смазываніе глотки и гортани сначала 10% растворомъ кокаина и вслѣдъ затѣмъ 1% резорцина въ 50-и случаяхъ и нашелъ этотъ методъ весьма дѣйствительнымъ, такъ какъ число и сила приступовъ быстро уменьшается. Въ виду того, однако, что средняя продолжительность лѣченія равнялась у него 5½ недѣлямъ, а средняя продолжительность заболѣванія 8½ недѣлямъ, то надо думать, что теченіе болѣзни нисколько не укорачивалось.

Letzerich рекомендовалъ вдувать въ гортань хининъ прямо

въ видѣ порошка (Rp. chinin. muriat 0,01—0,015, natr. bic. 0,015 gum. arab. 0,25) и думаетъ, что этимъ способомъ можно купировать коклюшъ; но наблюденія его нуждаются въ подтвержденіи, такъ же, какъ и рекомендація Michael'я и Guerder'a — лѣчить коклюшъ *вдуваніемъ въ носъ* различныхъ порошковъ, въ томъ числѣ и индеферентныхъ, напр., толченаго мрамора. Если вѣрить изобрѣтателямъ, то этотъ новый способъ лѣченія дѣлаетъ просто чудеса. Онъ основанъ на предположеніи, что коклюшъ, можетъ быть, зависитъ отъ раздраженія слизистой оболочки носа, т. е. что онъ есть отраженный нейрозъ съ носа. Изъ ста случаевъ, пользованныхъ Michael'емъ (какая-же сильная эпидемія коклюша была въ Гамбургѣ, если черезъ руки одного врача въ годъ прошло до сотни случаевъ!) въ 8 случ. послѣ перваго вдуванія не наступило въ слѣдующіе дни больше ни одного припадка! Значительное ослабленіе коклюша подъ вліяніемъ лѣченія получилось въ 74%. Никакого дѣйствія лѣченіе не оказало въ 12%, а въ 14% болѣзненныя явленія продолжали усиливаться. Въ 2—3 дня излѣченіе получилось въ 7%; въ менѣе чѣмъ въ 20 дней—въ 23%, средняя продолжительность лѣченія отъ начала его до исчезновенія коклюша была 2 недѣли. Изъ 300 случаевъ, собранныхъ Michael'емъ, видно что ни въ одномъ изъ нихъ, во время лѣченія вдуваніями, не развилась пневмонія и что смертность составляла всего 1% (вмѣсто обычной въ 11—18%). Вдуваніе производилось помощью простой стеклянной трубки, которую вводили въ носъ въ горизонтальномъ направленіи. Вдуваніе вызываетъ обыкновенно сильный припадокъ. Наиболѣе благопріятные результаты получаются въ совершенно свѣжихъ и въ совершенно застарѣлыхъ случаяхъ. По дѣйствію первыхъ вдуваній можно судить о дальнѣйшемъ ходѣ болѣзни: если число припадковъ значительно уменьшится, то можно ожидать легкаго теченія; постояннное, хотя и незначительное уменьшеніе припадковъ даетъ тоже благопріятное предсказаніе; если подъ вліяніемъ лѣченія число припадковъ очень быстро увеличивается (на 10—20 въ день), то можно скоро ожидать такого-же быстраго уменьшенія ихъ. Если-же въ теченіе первой недѣли число

припадковъ останется неизмѣннымъ или лишь немного увеличится (на 2—3 въ день), то лѣченіе останется безуспѣшнымъ. (Мед. Обозр. 1887 г. с. 688).

Хотя пользу приносятъ и индеферентные порошки, напр., толченый мраморъ, но несравненно лучше дѣйствуютъ хининъ и pulv. resinae bensoës; а ac. boric., кокаинъ, іодоформъ и ac. salyc. дѣйствуютъ слабѣе мрамора. Guerder испыталъ то же лѣченіе независимо отъ Michel'я и получилъ тѣ же блистательные результаты. Черезъ 2—6 дней число пароксизмовъ съ 15—20 падало на 4—5 и самые приступы кашля были значительно слабѣе. Если лѣченіе было начато въ катар. періодѣ, то все теченіе коклюша заканчивалось въ 8—15 дней. Онъ вдувалъ 2 раза въ день смѣсь изъ борной кислоты съ сженымъ кофеемъ. Bachem съ большимъ успѣхомъ вдувалъ смѣсь хинина съ гумми араб. даже 8-ми недѣльному ребенку, который кашлялъ уже 2 недѣли. Черезъ нѣсколько дней вмѣсто 20-ти разъ онъ кашлялъ только 4 раза и выздоровѣлъ въ 3 недѣли.

Мнѣ остается сказать нѣсколько словъ по поводу лѣченія отдѣльныхъ припадковъ. *Пароксизмъ коклюшнаго кашля* кончается не раньше изверженія мокроты; но мокрота очень тягучая и липкая и выхаркивается не легко, а потому можно способствовать скорѣйшему окончанію приступа посредствомъ удаленія мокроты изъ зѣва и входа въ гортань введеннымъ пальцемъ. При самомъ началѣ кашля маленькому ребенку слѣдуетъ дать вертикальное положеніе и нѣсколько нагнутое впередъ. Болѣе взрослымъ дѣтямъ бываетъ легче кашлять, если поддерживать ихъ голову ладонью, подставленной подъ лобъ. Если у грудного ребенка приступъ настолько силенъ, что кончается обморокомъ или внезапной смертью, то иногда удается оживить его посредствомъ раздраженія кожи, вспрыскиваній лица и подложечки холодной водой и искусственнымъ дыханіемъ. Что успѣхъ въ подобныхъ случаяхъ бываетъ обыкновенно не проченъ, и внезапная смерть легко можетъ наступить во время одного изъ слѣдующихъ приступовъ, это не должно всетаки препятствовать попыткамъ оживленія.

Упорная рвота требуетъ прежде всего извѣстныхъ діэтическихъ мѣръ: больному даютъ ѣсть по немногу и выбираютъ время послѣ пароксизма. Изъ лѣкарствъ существенную пользу можетъ оказать церій: Rp. Cerii oxalici gr. VI. Sacchari alb. ʒj. Mf pulv. Div. in № 12 aeq. DS. По 1 порошку черезъ 3 часа (ребенку 3—4 лѣтъ; старшимъ по 1 грану).

Носовыя кровотеченія, если они не обильны и повторяются не часто, напр., 2—3 раза въ день по чайной ложкѣ, то не требуютъ никакого лѣченія, такъ какъ уменьшая пассивную гиперемію мозга, онѣ могутъ доставлять больному замѣтное облегченіе. Если носовыя кровотеченія обильны, если больной дѣлается малокровенъ, теряетъ аппетитъ и слабѣетъ, то вмѣшательство врача необходимо. Для остановки носового кровотеченія Trousseau рекомендуетъ подымать кверху руку на сторонѣ кровоточащей ноздри, а если это не помогаетъ, то онъ впрыскиваетъ въ носъ горячую воду такой температуры какъ только можетъ выдержать больной (что впрочемъ не такъ то легко опредѣлить; я полагаю, что для начала можно брать воду въ 33° R.). Проще, по моему, прибѣгать къ холоднымъ компрессамъ на переносицу и затылокъ; носовое кровотеченіе иногда быстро останавливается отъ прикладыванія на верхнюю часть шеи связки ключей или к. н. другого холоднаго предмета. Если этихъ мѣръ недостаточно, то приходится вводить въ носъ ватный тампонъ, напитанный Нелюбинской жидкостью или растворомъ полуторохлористаго желѣза (Rp. Liq. ferri sesquichl. gtt. x. Aq. ℥j). Въ крайнихъ случаяхъ, къ счастію весьма рѣдкихъ, оказывается необходимой тампонація помощью Белоковскаго зонда.

При капиллярномъ бронхитѣ и катарральной пнеймоніи изъ наружныхъ средствъ я считаю за лучшее согрѣвающій компрессъ вокругъ всей груди и такой ширины, чтобъ онъ занималъ пространство отъ подмышекъ до подреберья; компрессъ смачивается холодной водой (12% R.), закрывается клеенкой и удерживается фланелевымъ бинтомъ.—Кромѣ компрессовъ, часто употребляются еще и средства, раздражающія кожу, именно повторные горчичники на грудь и спину утромъ и вечеромъ или летучія мушки.

Изъ внутреннихъ средствъ противопоказуются всѣ наркотическія, въ особенности опій, морфій и хлораль, какъ способствующія уменьшенію кашля и задержкѣ макроты. Гораздо раціональнѣе назначать отхаркивающія, напр., сенегу съ анисовыми каплями или ипекакуану. (Rp. Inf. pol. senegae ex ʒβ ad ℥jj—jjj, liq. ammon. anis. gtt xx—xxx, syr. simpl. ʒjj. DS. Черезъ 2 часа по чайн. или десертной ложкѣ). Въ случаѣ значительной одышки и скопленія большого количества мокроты показано рвотное, которое во многихъ случаяхъ приноситъ быстрое и значительное облегченіе. Противококлюшное лѣченіе отступаетъ въ подобныхъ случаяхъ на задній планъ; изъ специфическихъ средствъ всего умѣстнѣе здѣсь хининъ, который будетъ способствовать вмѣстѣ съ тѣмъ и пониженію температуры. Всѣ подобные больные нуждаются, кромѣ того, въ чистомъ воздухѣ и въ возбуждающихъ, а потому безъ вина обойтись трудно.

При коклюшѣ, осложненномъ бронхитомъ и расширеніемъ бронховъ, на которое указываетъ выдѣленіе обильной и вонючей мокроты, я видѣлъ существенную пользу отъ паровыхъ пульверизацій раствора эйкалиптоваго масла (Rp. Ol. eucalipti e fol. ʒj. Aq. destil. ℥v. Spir. vini ℥j. DS. Столовую ложку на пульверизацію; 4 раза въ день), но для маленькихъ дѣтей, не поддающихся пульверизаціямъ, полезнѣе вдыханія паровъ скипидара (10—20 капель на бутылку горячей воды, вдыхать въ теченіе 10 минутъ 3—4 раза въ день). Тѣ же вдыханія показаны вообще при обильныхъ влажныхъ хрипахъ, хотя бы мокрота и не была бы вонючей. При явленіяхъ пассивной гипереміи мозга, кромѣ причиннаго лѣченія, направленнаго противъ коклюшныхъ пароксизмовъ, полезны возбуждающія (валерьяна, мускусъ, вино), а при судорогахъ— пьявки за уши въ числѣ столькихъ штукъ, сколько ребенку лѣтъ.

Кровоподтеки въ конъюнктиву и разрывъ барабанныхъ перепонокъ, а также язва уздечки подъ языкомъ не требуютъ никакого спеціальнаго лѣченія, такъ какъ и то, и другое, и третье исчезаютъ сами собой, какъ только начинаютъ ослабѣвать пароксизмы кашля.

Resumé. Въ катарральномъ періодѣ коклюша, когда онъ симулируетъ сухой катарръ глотки или дыхательнаго горла и пока есть лихорадочное состояніе, больной долженъ оставаться въ комнатѣ, а при очень частомъ кашлѣ—даже въ постели. Внутрь—щелочная вода для питья и на ночь—Доверовъ порошокъ или морфій. Снаружи—паровыя ингаляціи раствора соды, а если есть основаніе предполагать начало коклюша—вдыханіе паровъ бензина и внутрь хининъ.

Въ началѣ спазмотическаго періода: хининъ, вдыханіе паровъ карболовой кислоты (развѣшивать въ спальнѣ тряпки, смоченныя 3% ac. carbol.) и пульверизаціи изъ 1—2% natri salicylici съ 3% растворомъ kalii bromati; энергичное освѣженіе воздуха; въ теплое время года больной долженъ гулять.

Если послѣ 4-хъ дневнаго употребленія хинина никакой пользы не замѣтно, то, вѣроятно, онъ останется безполезнымъ и въ будущемъ, тогда лучше замѣнить его кротонъ-хлоралемъ или препаратами брома.

При переходѣ спазмотическаго періода въ катарральный, когда въ груди появляется большое количество влажныхъ хриповъ, а пароксизмы дѣлаются рѣже и слабѣе, то для вдыханій—скипидаръ, а внутрь отхаркивающія.

При развитіи пнеймоніи—согрѣвающій компрессъ на всю грудную клѣтку, хининъ, вино и отхаркивающія и по временамъ, при массѣ хриповъ и одышкѣ—рвотныя. При апатіи и сонливости и другихъ признакахъ пассивной гипереміи мозга—холодъ на голову и возбуждающія; при эклампсіи—піявки за уши.

При обильныхъ носовыхъ кровотеченіяхъ—холодъ на переносицу и затылокъ или томпонація носа кусочками ваты, смоченной liq. fer. sesquichl.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ЗАУШНИЦА.—PAROTITIS S. PERIPAROTITIS EPIDEMICA.

Подъ именемъ заушницы или свинки понимаютъ эпидемическую, *общую*, инфекціонную и *контагіозную* болѣзнь, выражающуюся воспаленіемъ слюнныхъ железъ и главнымъ образомъ околоушныхъ.

Что свинка не принадлежитъ къ числу мѣстныхъ болѣзней т. е , что это не есть заразное воспаленіе слюнныхъ железъ, а что она должна быть отнесена къ группѣ общихъ инфекціонныхъ болѣзней, видно изъ того, 1) что она поражаетъ субъекта только разъ въ жизни, 2) что она имѣетъ циклическое теченіе, 3) что общія явленія наступаютъ нерѣдко раньше мѣстныхъ и не всегда соотвѣтствуютъ имъ по интензивности развитія и 4), наконецъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, кромѣ parotis поражаются не только и другія слюнныя железы, но также и testiculi у мущинъ и грудныя железы у женщинъ.

Нѣкоторые авторы, напр., Niemeyer и Soltmann (Real. Encyklop. X) относятъ эпидемическую заушницу къ группѣ мѣстныхъ контагіозныхъ болѣзней, но безъ достаточныхъ основаній; метастазы на яички Soltmann объясняетъ, напр., прямымъ занесеніемъ яда руками самого больного изо рта въ уретру, каковое объясненіе является чрезвычайно натянутымъ и совсѣмъ нé вѣроятнымъ; эти т. н. метастазы гораздо проще объясняются, если смотрѣть на свинку какъ на болѣзнь крови съ локализаціями яда въ различныхъ железистыхъ органахъ.

Въ заразительности едва-ли можно сомнѣваться, хотя Bamberger (Virchow's Handbuch S. 61) и Vogel (Kinderkr. 8 Auf. S. 102) и утверждаютъ противное, а первый изъ нихъ даже съ насмѣшкой. Кантагій передается черезъ воздухъ и не только на очень близкомъ разстояніи, какъ напр., въ школахъ отъ ученика къ ученику, но и черезъ нѣсколько комнатъ, такъ что изоляція больныхъ въ квартирахъ частныхъ лицъ удается далеко не всегда. Возможность переноса заразы посредствомъ третьихъ лицъ, остающихся здоровыми, не доказана, хотя Leichtenstern и считаетъ такой способъ передачи заразы вѣроятнымъ, на основаніи случаевъ, описанныхъ Seta.

Въ числѣ *располагающихъ* причинъ большую роль играетъ возрастъ. Свинка всего чаще встрѣчается у дѣтей въ возрастѣ отъ 3 до 12 лѣтъ; при семейныхъ эпидеміяхъ взрослые часто совсѣмъ не заражаются; при извѣстныхъ условіяхъ однако, эпидеміи свинки развиваются и среди взрослаго населенія, напр., въ казармахъ.

Замѣчательную невоспріимчивость къ заушницѣ оказываютъ старики и дѣти на первомъ году жизни. Въ теченіе своей 18-ти-лѣтней практики, я не видалъ ни одного случая свинки у дѣтей до года. Единственный разъ, когда я, на основаніи симптомовъ (этіологія оставалась неизвѣстной) высказался за свинку у годовалаго ребенка, діагностика не подтвердилась дальнѣйшимъ теченіемъ, такъ какъ дѣло кончилось образованіемъ абсцесса, что довольно плохо вяжется съ представленіемъ объ эпидемическомъ воспаленіи слюнныхъ железъ.

Въ литературѣ описаны, конечно, случаи свинки и у дѣтей нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ роду, но, повторяю, подобные случаи принадлежатъ къ рѣдкостямъ. Gerhardt наблюдалъ въ одномъ случаѣ переходъ свинки отъ матери къ плоду; здѣсь роды совершились спустя 14 дней послѣ заболѣванія заушницей двухъ старшихъ дѣтей.

Вліяніе пола на зараженіе свинкой не доказано, хотя многіе авторы и утверждаютъ, что мальчики заболѣваютъ чаще дѣвочекъ.

Патолого-анатомическія измѣненія.

Знаніемъ патологической анатоміи заушницы мы похвалиться не можемъ, такъ какъ по случаю того, что отъ этой болѣзни никто не умираетъ, то и вскрытій сдѣлано не было. Патологоанатомическія измѣненія описываются или по аналогіи съ воспаленіемъ parotidis отъ другихъ причинъ, или на основаніи клиническихъ данныхъ. По Zenker'у опухоль лица въ области parotidis при свинкѣ обусловливается припухлостью какъ самой железы, такъ и окружающей ее клѣтчтаки. Сущность процесса заключается въ воспалительной, частью серозной, частью клѣточной инфильтраціи какъ междольчатой, такъ и окружающей всю железу соединит. ткани. Это описаніе, вполнѣ соотвѣтствующее клиническимъ даннымъ, не касается вопросса о патогенезѣ опухоли.

Мы не знаемъ именно, начинается-ли процессъ со слизистой оболочки слюнного протока и съ долекъ железы, въ видѣ катарра, какъ описываетъ Virchow (а за нимъ Rindfleisch *), Bamberger и др. нѣмецкіе авторы) или прямо съ соединительной ткани, какъ думаютъ французы.

На основаніи клиническихъ данныхъ мы можемъ только сказать, что въ дальнѣйшемъ теченіи преобладаетъ, конечно, пораженіе соединит. ткани, а потому и названіе periparotitis является болѣе подходящимъ.

За преимущественное пораженіе соединительной ткани, изъ нѣмцевъ высказывается Leichtenstern (Ziemssen's Handb.

---

*) По Rindfleisch'у (l. c. 499) въ 1-мъ періодѣ воспаленія слюнной железы, дѣло начинается съ гипереміи желез. долекъ и мутнаго набуханія слюнныхъ клѣтокъ и съ отечной припухлости соед. ткани. Во 2-мъ періодѣ появляется гнойно-катарральное отдѣленіе, поддерживающееся отчасти со стороны эпителія долекъ, отчасти же со стороны окружающей ихъ соед. ткани, которая оказывается въ это время въ состояніи клѣточной инфильтраціи. Въ 3-мъ періодѣ (до котораго при parot. epidem. дѣло почти никогда не доходитъ) въ соедин. ткани образуется гной, прокладывающій себѣ дорогу съ одной стороны въ ячейки железы, а съ другой стороны—скопляется въ соедин. ткани образуя небольшіе абсцессы.

II В) указывающій, между прочимъ, на то, что отдѣленіе слюны при свинкѣ часто вовсѣ не нарушается и что въ ней содержится роданистый калій, вырабатываемый, какъ извѣстно, околоушной железой, и слѣд. протоки ея остаются при этомъ проходимыми. Пораженіе слизистой оболочки железы скорѣе ужъ можно допустить для тяжелыхъ случаевъ перипаротита.

Мнѣніе нѣкоторыхъ послѣдователей Virchow'a, будто развитію parotitidis всегда предшествуетъ катарральное воспаленіе рта, распространяющееся по сосѣдству на Стеноновъ протокъ и далѣе на железу—не подтверждается клиническимъ наблюденіемъ, такъ какъ во многихъ случаяхъ паротита катарра рта рѣшительно не замѣтно, а въ легкихъ случаяхъ свинки, протекающихъ безъ лихорадки или съ незначительнымъ повышеніемъ температуры, не бываетъ даже и обложеннаго языка, а потому намъ кажется болѣе вѣроятнымъ другое предположеніе, по которому ирритаментъ къ железѣ приносится прямо кровью, какъ это допускаетъ Rindfleisch и для parotitis при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, напр., при тифѣ, піэміи и др. Что при такомъ взглядѣ на сущность parotitidis дѣлается понятнымъ и осложненія свинки воспаленіемъ другихъ железистыхъ органовъ, именнно грудныхъ железъ и яичекъ, объ этомъ было ужъ сказано выше. По Gerhardt'у на высотѣ болѣзни значительно припухаетъ селезенка (?) и лимфатическія железы шеи, подмышекъ и въ пахахъ.

Симптомы и теченіе.

Скрытый періодъ при свинкѣ, какъ кажется, не отличается такой опредѣленной продолжительностью, какъ скрытый періодъ при кори и варицеллѣ, а потому авторы опредѣляютъ его по разному: Leichtenstern 7—14 дней, Gerhardt—14 дней, Rilliet et Barthez отъ 20—22 дней; въ двухъ моихъ наблюденіяхъ онъ равнялся 18-и днямъ (отъ момента появленія лихорадочнаго состоянія у перваго заболѣвшаго, до начала заболѣванія слѣдующаго).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ появленію опухоли предшествуетъ *періодъ предвѣстниковъ* въ видѣ одно-двухъ-трехъ дневнаго лихорадочнаго состоянія, съ повышеніемъ t до 39⁰ или на нѣсколько десятыхъ меньше или больше; у рахитиковъ или вообще у нервныхъ дѣтей на 1-й день болѣзни можетъ быть эклампсическій припадокъ, а у дѣтей старшаго возраста — бредъ по ночамъ; но какъ то, такъ и другое встрѣчается рѣдко; въ большинствѣ случаевъ общее состояніе поражается мало, и лихорадка при свинкѣ отличается доброкачественнымъ характеромъ.

Мѣстные симптомы всего чаще появляются на первый-же день лихорадки, рѣже въ концѣ вторыхъ сутокъ и еще рѣже на третьи, а потому и діагностика выясняется скоро.

Прежде всего больной начинаетъ жаловаться на боль при жеваніи и при открываніи рта въ области сочлененія нижней челюсти на одной сторонѣ (чаще на лѣвой), очень рѣдко сразу на обѣихъ сторонахъ. Боль эта, сама по себѣ не значительная, усиливается при давленіи пальцемъ тотчасъ пониже ушной раковины, между сосцевиднымъ отросткомъ височной кости и восходящей вѣтвью нижней челюсти. По замѣчанію Trousseau, она тѣмъ сильнѣе, чѣмъ старше заболѣвшій субъектъ. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ боли появляется опухоль, въ видѣ небольшого возвышенія, по формѣ своей, размѣру и положенію совершенно соотвѣтствующаго околоушной железѣ. Эта припухлость въ первое время имѣетъ довольно рѣзко очерченныя границы и покрыта совершенно нормальной кожей; на ощупь она упруго-мягкой консистенціи и при давленіи болѣзненна, особенно тотчасъ подъ ушной сережкой. На слѣдующій день границы припухлости стушевываются, вслѣдствіе появленія отечной инфильтраціи сосѣдней клѣтчатки; опухоль увеличивается во всѣхъ направленіяхъ, но главнымъ образомъ кпереди (опухаетъ щека) и книзу (къ шеѣ). Границы опухшей железы не только не замѣтны глазомъ, но часто ихъ нельзя даже и прощупать чрезъ отечную клѣтчатку, и вся опухоль принимаетъ мягкую консистенцію; только подъ ухомъ, сзади восходящей вѣтви нижней челюсти всегда можно ощупать болѣе плотное мѣсто,

очень чувствительное при давленіи. Опухоль увеличивается не долго: на третій день она достигаетъ ужь своего maximum'а, и остается на одинъ день in statu quo; боль при открываніи рта въ это время бываетъ настолько сильна, что между зубами едва можно продвинуть мизинецъ, такъ что осмотръ зѣва дѣлается невозможнымъ; иногда больной жалуется при этомъ на боль при глотаніи; съ 4—5-го дня всѣ припадки начинаютъ уменьшаться, а къ концу недѣли, много если на 9-й день, совсѣмъ исчезаютъ. Во многихъ случаяхъ весь ходъ процесса заканчивается еще скорѣе, въ 5—6 дней, но рѣдко бываетъ, чтобъ вся болѣзнь кончилась такъ скоро, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ воспаленію подвергаются другъ за другомъ и другія слюнныя железы, именно parotis другой стороны и нѣсколько рѣже подчелюстныя слюнныя железы. Если, какъ это бываетъ обыкновенно, железы поражаются другъ за другомъ черезъ короткіе промежутки въ 1—2 дня, то болѣзнь затягивается не долѣе, какъ до конца 2-й недѣли, но если новая железа воспаляется тогда лишь, когда первая успѣла уже возвратиться къ нормѣ, то выздоровленіе наступаетъ не ранѣе 3-й недѣли. Также долго тянется свинка и въ томъ случаѣ, если въ воспаленіе вовлекается и testiculum.

Это осложненіе никогда не встрѣчается у дѣтей не достигшихъ половой зрѣлости; самый молодой мальчикъ, у котораго я видѣлъ это осложненіе, имѣлъ 14 лѣтъ.

Orchitis parotidea появляется обыкновенно въ періодѣ уменьшенія опухоли слюнныхъ железъ, когда лихорадка уже прекратилась. Больной, который не успѣлъ еще, быть можетъ, оставить постель, вдругъ получаетъ опять болѣе или менѣе сильное лихорадочное состояніе и начинаетъ жаловаться на боль въ одномъ яичкѣ, которое быстро начинаетъ припухать, (не придатокъ только, какъ въ началѣ орхита при uretritis), увеличиваясь вдвое-втрое больше нормы и дѣлается чрезвычайно чувствительнымъ къ малѣйшему давленію. Черезъ 3—4 дня начинается періодъ разрѣшенія и къ концу недѣли или въ началѣ 2-й недѣли все приходитъ къ нормѣ.

Осложненіе паротита воспаленіемъ грудныхъ железъ или

labia majora мнѣ не случилось видѣть. Эти осложненія свойственны только дѣвушкамъ, находящимся въ возрастѣ половаго развитія и взрослымъ.

Лихорадка кончается обыкновенно въ началѣ періода разрѣшенія и всякій разъ появляется снова, если процессъ распространяется на другую железу.

Таково нормальное теченіе свинки, которая можетъ считаться, наравнѣ съ вѣтреной оспой, за одну изъ самыхъ невинныхъ дѣтскихъ, инфекціонныхъ болѣзней.

Отклоненія бываютъ какъ въ ту, такъ и въ другую сторону. Въ абортивныхъ случаяхъ поражается только одна железа, и опухоль достигаетъ своего maximum'а не въ 3 дня, какъ обыкновенно, а черезъ 24 часа; лихорадки при этомъ или вовсе не бываетъ, или она держится около 38° не больше сутокъ.

Съ другой стороны, бываютъ и такія эпидеміи заушницы, во время которыхъ встрѣчаются случаи болѣе тяжелаго теченія; въ различныхъ руководствахъ описывается, напр., распространеніе отечной опухоли по направленію къ зѣву и гортани, вслѣдствіе чего появляются угрожающіе симптомы, въ видѣ стенотическаго дыханія, потери голоса и затрудненнаго глотанія, до полной невозможности проглатывать даже и жидкость; подъ вліяніемъ послѣдняго условія дѣло доходитъ, говорятъ, до симптомовъ обѣднѣнія крови водой, при чемъ больной по своему habitus'у напоминаетъ холернаго больного (facies cholerica).

Ничего подобнаго я никогда не видалъ, равно какъ не видали такихъ случаевъ и люди, описавшіе большіе эпидеміи заушницы, напр., Никольскій (460 случ.).

Въ діагностическомъ отношеніи интересны аномальные случаи свинки, отличающіеся отъ типической заушницы тѣмъ, что gl. submaxillaris поражается первично, тогда какъ parotis остается здоровой. Отечная, мягкая опухоль, покрытая нормальной (не покраснѣвшей) кожей, появляется въ такомъ случаѣ не впереди и ниже уха, а подъ горизонтальной вѣтвью нижней челюсти и распространяется не столько на лицо, сколько по боковой поверхности шеи; если кромѣ submaxil-

laris воспаляются и gl. sublingualis (мнѣ не извѣстно, встрѣчаются-ли случаи изолированнаго пораженія подъязычныхъ железъ), то отекъ распространяется и на переднюю поверхность шеи и на подчелюстную область. Среди отечной опухоли клѣтчатки, легко прощупывается припухшая подчелюстная железа, въ видѣ шарообразнаго, упруго-плотнаго тѣла, слегка болѣзненнаго при давленіи.

Исходъ свинки всегда бываетъ благопріятный; опухоль исчезаетъ, въ громадномъ большинствѣ, путемъ разрѣшенія, но иногда та или другая железа подвергается нагноенію (преимущественно у золотушныхъ?) съ послѣдовательной частичной или полной атрофіей железистой ткани. Подобной же участи можетъ подвергнуться и яичко при orchitis parotidea.

Осложненія.

Въ литературѣ можно найти описаніе случаевъ паротита, представлявшихъ самыя разнообразныя осложненія, напр., смертельныя кровотеченія изъ носа, ушей и рта; острый нефритъ съ уремій; воспаленіе сочленеиій; гнойныя адениты и проч.

Но въ дѣйствительности всѣ подобныя случайности встрѣчаются такъ рѣдко, что съ ними можно вовсе не считаться, хотя и нельзя отрицать того, что характеръ эпидеміи можетъ оказывать значительное вліяніе на частоту появленія различныхъ осложненій.

Въ послѣднее время напр., паротитъ сравнительно часто осложнялся пораженіемъ лабиринта, послѣ котораго оставалась неизлѣчимая глухота, чаще на одно ухо, чѣмъ на оба.—Съ легкой руки Buck'a (1881 г.) такихъ случаевъ описано ужъ довольно много. По времени своего появленія, по быстротѣ развитія и по кажущейся безпричинности, глухота при свинкѣ аналогична орхиту; она появляется обыкновенно спустя нѣсколько дней послѣ начала болѣзни, а иногда нѣсколько дней спустя послѣ окончанія паротита или послѣ орхита. Характеристично для этой глухоты *быстрое развитіе*,

отсутствіе какихъ бы ни было припадковъ воспаленія наружнаго и средняго уха и неизлѣчимость. Развитію глухоты почти всегда предшествуетъ шумъ или звонъ въ ушахъ, часто бываетъ при этомъ рвота и головокруженіе, а иногда и разстройство равновѣсія; все это доказываетъ, что процессъ локализуется во внутреннемъ ухѣ. Относительно патогенеза глухоты, большинство спеціалистовъ высказываются за метастатическое происхожденіе пораженія лаберинта; т. е. предполагается, что лабиринтъ, это одинъ изъ органовъ, въ которомъ можетъ локализоваться ядъ, циркулирующій въ крови при заушницѣ.

Обычнымъ мѣстнымъ проявленіемъ этой инфекціонной болѣзни, говоритъ Lemoine, служитъ паротитъ, частымъ—орхитъ, рѣдкимъ—mastitis. Къ этой послѣдней категоріи относится и пораженіе лабиринта.

Глухота при заушницѣ можетъ имѣть и иное происхожденіе, именно вслѣдствіе катарральнаго воспаленія средняго уха. Эта глухота со временемъ проходитъ.

Предсказаніе

Всегда хорошее. Если черезъ недѣлю отъ начала болѣзни лихорадка не прекращается, а опухоль дѣлается болѣе плотной и болѣзненной, хотя бы и менѣе разлитой—то можно опасаться исхода въ нагноеніе. Глухота, развивающаяся при заушницѣ безъ симптомовъ воспаленія средняго уха, почти всегда неизлѣчима.

Діагностика.

Распознаваніе заушницы въ типическихъ случаяхъ не представляетъ никакихъ затрудненій. Характерестично для нея обширная *отечная* опухоль околоушной области и сосѣднихъ частей лица и шеи. При воспаленіи лимфатическихъ железъ шеи, подобнаго отека клѣтчатки не бываетъ; а при дифтеритѣ хотя и встрѣчается, но изслѣдованіе зѣва очень скоро выясняетъ дѣло. (Объ отличіи свинки отъ идіопатическаго

воспаленія лимфатическихъ железъ, лежащихъ надъ сосцевиднымъ отросткомъ—см. 1-й вып. моихъ лекцій, стр. 14).

Нѣкоторое затрудненіе для діагностики представляютъ случаи первичной submaxilitis, особенно внѣ времени эпидеміи, а также orchitis, если она появилась нѣсколько дней спустя послѣ исчезанія легкаго паротита; а потому, если орхитъ появляется у больного, не имѣвшаго уретрита и не подвергавшагося травматическимъ вліяніямъ, то всегда слѣдуетъ искать въ анамнезѣ свинку.

Что касается до submaxilitis, то ее можно смѣшать, во 1-хъ, съ періоститомъ нижней челюсти, нерѣдко встрѣчающимся у дѣтей, при каріозныхъ зубахъ и, во 2-хъ, съ lympho-adenitis acuta.

Periostitis, подобно submaxilitis, выражается болѣзненной припухлостью щеки и отчасти шеи въ области gl. submaxilaris и отекомъ сосѣдней клѣтчатки; существенное отличіе состоитъ въ результатахъ ощупыванія, которое показываетъ, что самое болѣзненное мѣсто опухоли, ея средина, очень плотной консистенціи (при submaxilitis—упруго-мягкой) и тѣсно соединено съ костью; покровы, покрывающіе опухоль, скоро краснѣютъ и лоснятся.

При lympho-adenitis въ началѣ можно прощупать отдѣльныя увеличенныя железки, болѣе плотныя, но меньшей величены, чѣмъ gl. submaxilaris.

Лѣченіе.

Свинка такая легкая болѣзнь, что предохранительнаго лѣченія, въ видѣ строгой изоляціи заболѣвшихъ, не требуется; если-же родители пожелаютъ прибѣгнуть къ этой мѣрѣ, то должны переводить больного въ другой домъ.

Въ случаѣ развившейся болѣзни, надо имѣть въ виду, что мы не имѣемъ средствъ ни укоротить циклическій ходъ болѣзни, ни предотвратить „переносовъ“ яда на другія мѣста; а потому лѣченіе можетъ быть только симптоматическимъ: въ періодѣ лихорадки больной остается въ постели или, по

крайней мѣрѣ, въ комнатѣ, получаетъ кисловатое питье и, для уменьшенія боли, втираетъ въ опухшее мѣсто камфорное масло и потомъ закрываетъ опухоль слоемъ ваты.

При орхитѣ постельное содержаніе безусловно необходимо; подъ scrotum подкладывается поддерживающая подушечка, а сверху больное testiculum покрывается слоемъ ваты.

Выходить на воздухъ въ теплую погоду, лѣтомъ, можно послѣ окончанія лихорадки, въ періодѣ уменьшенія опухоли; а зимой лучше подождать полнаго выздоровленія.

ЭПИДЕМИЧЕСКІЙ КРОВАВЫЙ ПОНОСЪ. — DYSENTERIA.

Подъ именемъ дизентеріи понимаютъ контагіозно-міазматическое и эпидемическое воспаленіе слизистой оболочки толстыхъ кишекъ, происходящее подъ вліяніемъ специфической причины.

Вопросъ о томъ, заразителенъ ли кровавый поносъ—принадлежитъ къ числу спорныхъ. Одни, какъ, напр., Heubner въ руководствѣ Ziemssen'a, относятъ дизентерію къ числу чисто міазматическихъ болѣзней и отрицаютъ не только заразительность, но даже и переносимость ея изъ одной мѣстности въ другую посредствомъ больного человѣка; другіе, напр., Liebermeister (l. c. 29), относятъ кровавый поносъ вмѣстѣ съ холерой и брюшнымъ тифомъ къ контагіозно-міазматическимъ болѣзнямъ и считаютъ, стало быть, что хотя самъ больной и не заражаетъ, но что въ испражненіяхъ его содержится зародышъ заразы, который долженъ доразвиться внѣ организма, чтобъ получить способность производить новыя заболѣванія; третьи, наконецъ, какъ, напр., Jacobi (Руков. Gerhardt'a) признаютъ заразительными уже и свѣжія испражненія дизентериковъ. На основаніи личныхъ наблюденій я долженъ присоединиться къ послѣднему мнѣнію, такъ какъ заразительность дизентеріи рѣзко проявляется какъ въ частной, такъ и въ больничной практикѣ. Въ нашей больницѣ дизентерики помѣщались хотя и въ отдѣльной палатѣ, но въ одномъ этажѣ съ другими больными, изъ числа которыхъ до-

вольно многіе заражались, что особенно пагубно отзывалось на оперированныхъ и на истощенныхъ другими болѣзнями больныхъ.

Что дизентерія распространяется, главнымъ образомъ, не путемъ непосредственной передачи заразы отъ больного здоровымъ, а подобно міазматическимъ болѣзнямъ, т. е. благодаря какимъ-то климатическимъ или атмосфернымъ условіямъ, въ этомъ не можетъ быть сомнѣнія, такъ какъ дизентерія, эндемичная подъ тропиками, у насъ является обыкновенно лѣтомъ, во время жаркой погоды и сразу занимаетъ обширныя пространства, не щадя ни городовъ, ни деревень. Съ наступленіемъ холоднаго времени эпидемія быстро ослабѣваетъ, къ зимѣ прекращается совсѣмъ, а лѣтомъ является снова. Заноса заразы, какъ для чисто контагіозныхъ болѣзней, вовсе ненужно для того, чтобы началась эпидемія дизентеріи.

Несомнѣнно, что дизентерія имѣетъ отношеніе и къ почвѣ, такъ какъ въ однѣхъ мѣстахъ она господствуетъ съ особенной силой, тогда какъ въ другихъ встрѣчается рѣдко. Давно ужь замѣчено, что дизентерія особенно любитъ *сырыя и болотистыя мѣстности*, а потому *часто встрѣчается вмѣстѣ съ маларіей*. Въ такихъ мѣстностяхъ встрѣчаются между прочимъ и періодическія дизентеріи, о которыхъ будетъ сказано ниже и которыя всего лучше уступаютъ хинину. Изъ подъ московныхъ мѣстностей дизентерія чрезвычайно часто встрѣчается въ Петровскомъ паркѣ, именно въ Новомъ Зыковѣ, построенномъ на кочкарникѣ; а также въ Петровско-Разумовскомъ. Наоборотъ, въ Кунцевѣ и въ Мазиловѣ, я за 2 лѣта почти не видалъ дизентеріи, тогда какъ въ сосѣднемъ Покровскомъ, лежащемъ въ котловинѣ, кровавый поносъ лѣтомъ встрѣчается нерѣдко.

Изъ случайныхъ или располагающихъ причинъ несомнѣнное значеніе имѣютъ простуда, а еще болѣе — всякаго рода погрѣшности въ діэтѣ, особенно употребленіе незрѣлыхъ фруктовъ и холодное питье при разгоряченномъ тѣлѣ

Дѣти, особенно маленькія, должны избѣгать всякой пищи, дающей много кала (зелень, хлѣбъ, картофель) и такимъ образомъ, располагающей къ *запору*. Въ эпидемическое время за-

пора необходимо избѣгать также тщательно, какъ и поноса и въ случаѣ надобности лучше прибѣгать къ ежедневнымъ клистирамъ, чѣмъ изрѣдка къ слабительнымъ.

Вліяніе возраста выражается не особенно рѣзко, такъ какъ дизентеріей заболѣваютъ маленькія и большія дѣти; но все-таки до года она встрѣчается рѣже, чѣмъ отъ 2 до 7 лѣтъ. Во время нашихъ лѣтнихъ эпидемій взрослые почти вовсе не заболѣваютъ, а потому выраженіе проф. Jacobi, что ему не извѣстны эпидеміи при которыхъ поражались-бы преимущественно лишь дѣти—мнѣ не совсѣмъ понятно. Онъ считаетъ, повидимому, нашъ лѣтній кровавый поносъ за спорадическій, съ чѣмъ, конечно, нельзя согласиться.

Большинство авторовъ считаютъ дизентерію за мѣстную инфекціонную болѣзнь, т. е. за болѣзнь толстыхъ кишекъ, на что указываютъ между прочимъ случаи быстраго излѣченія легкихъ формъ дизентеріи посредствомъ слабительнаго или промывательнаго. Съ другой стороны, однако, встрѣчаются и такія формы дизентеріи, которыя совершенно не уступаютъ мѣстнымъ средствамъ, но быстро проходятъ отъ хинина (перемежающаяся дизентерія). Вообще говоря, вопросъ о сущности дизентеріи еще далеко не выясненъ.

Отъ многихъ другихъ инфекціонныхъ болѣзней дизентерія отличается между прочимъ тѣмъ, что разъ перенесенная, она не предохраняетъ субъекта отъ новаго заболѣванія и потому многія дѣти хвораютъ дизентеріей по нѣсколько разъ въ своей жизни.

Скрытый періодъ при дизентеріи съ точностью не опредѣленъ; онъ равняется приблизительно 3—7 днямъ.

Патолого-анатомическія измѣненія.

Подъ именемъ дизентеріи понимаютъ воспаленіе толстыхъ кишекъ, вызванное специфической причиной, но эта причина такого рода, что она не всегда вызываетъ одно и то же анатомическое измѣненіе слизистой оболочки и было бы большой ошибкой думать, что дизентерія и дифтеритъ кишекъ

одно и то же, такъ какъ воспаленіе, развивающееся подъ вліяніемъ дизентерическаго яда не всегда бываетъ дифтеритическаго характера, а, съ другой стороны, дифтеритъ слизистой оболочки кишекъ появляется иногда и отъ другихъ причинъ, не имѣющихъ ничего общаго съ ядомъ дизентеріи.

Воспаленіе слизистой оболочки кишекъ при дизентеріи представляется въ самыхъ разнообразныхъ степеняхъ, начиная отъ простаго катарра и кончая настоящимъ дифтеритическимъ некрозомъ.

Съ патолого-анатомической точки зрѣнія можно различать три формы дизентеріи: катарральную, фолликулярную и дифтеритическую.

Катарральная форма дизентеріи характеризуется обыкновенными измѣненіями, свойственными катарру слизистой оболочки толстой кишки, преимущественно въ ея нижней части. Дѣло сводится въ такихъ случаяхъ къ значительной гипереміи и отечной набухлости слизистой оболочки и подслизистой соединительной ткани, и къ усиленному отдѣленію слизи, къ которой можетъ быть примѣшана и кровь. Этой формѣ соотвѣтствуетъ клинически легкая степень дизентеріи.

При *фолликулярной формѣ* поражаются, главнымъ образомъ, мѣшетчатыя железки кишекъ. Они замѣтно припухаютъ и ясно выступаютъ на покраснѣвшей слизистой оболочкѣ въ видѣ бѣловато-сѣрыхъ, мутныхъ зеренъ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ они увеличиваются еще больше и превращаются, наконецъ, въ маленькіе абсцессы, по вскрытіи которыхъ происходятъ такъ называемыя *фолликулярныя язвы*, которыя въ первое время характеризуются своей круглой формой, небольшой величиной и синуозными краями; позднѣе нагноеніе распространяется за границы фолликула по подслизистой ткани, производя ея отслойку на бо́льшемъ или меньшемъ протяженіи.

При *дифтеритической дизентеріи* воспаленіе тоже занимаетъ, главнымъ образомъ, толстыя кишки, но иногда, хотя бы и въ болѣе слабой степени, распространяется и на тонкія.

Воспаленіе доходитъ въ этихъ случаяхъ до степени дифтеритическаго. Въ общемъ можно сказать, что измѣненія

всего сильнѣе выражены въ нижнемъ отдѣлѣ, а по направленію кверху постепенно ослабѣваютъ и въ нижней части ilei встрѣчаются обыкновенно только явленія катарра. Но ослабленіе процесса идетъ неравномѣрно, такъ какъ на опредѣленныхъ мѣстахъ толстой кишки, именно на всѣхъ ея загибахъ (flex. hepatica, fl. lienalis v. flex. sigmoidea) онъ достигаетъ той же сильной степени какъ и въ rectum. При дифтеритѣ кишекъ поражается не только слизистая оболочка и подслизистый слой, но серозно инфильтрируется и мышечная оболочка, такъ что вся стѣнка кишки значительно утолщается и дѣлается плотной; воспаленіе распространяется иногда и на брюшину, производя ограниченный или разлитой перитонитъ.

Начало дифтеритическаго воспаленія обозначается тѣмъ, что на сильно покраснѣвшей и припухшей слизистой оболочкѣ появляется сѣроватый, мелкопятнистый налетъ, очень напоминающій отруби. По Zenker'у налетъ этотъ состоитъ изъ гнойныхъ тѣлецъ и некротизированнаго, отслоившагося эпителія; онъ указываетъ на сильную инфильтрацію слизистой оболочки и мѣстами ведетъ за собой распадъ ткани.

Судя по своимъ наблюденіямъ въ московской дѣтской больницѣ, я склоненъ думать, что дѣти всего чаще умираютъ именно въ періодѣ этого „отрубевиднаго" дифтерита кишекъ.

Позднѣе образуется настоящій дифтеритическій экссудатъ, распространяющійся не только по поверхности, но и въ глубь, обусловливая некрозъ слизистой оболочки и потомъ образованіе язвъ, края и дно которыхъ опять пропитываются дифтеритическимъ инфильтратомъ и язва увеличивается такимъ образомъ и въ глубь и въ ширь, пока, наконецъ, не произойдетъ продыравливаніе кишечной стѣнки съ послѣдовательнымъ перфораціоннымъ перитонитомъ или пока процессъ не пріостановится въ своемъ прогрессивномъ ходѣ и тогда язвы очищаются и заживаютъ рубцевой тканью.

Если воспаленіе съ самаго начала очень сильно и быстро распространяется, то можетъ произойти гангрена слизистой оболочки (Dysenteria gangraenosa).

Въ началѣ процесса или если онъ не очень силенъ, не

трудно замѣтить, что дифтеритическій инфильтратъ имѣетъ свои излюбленныя мѣста; онъ появляется прежде всего на всѣхъ выступахъ слизистой оболочки, т. е. на вершинѣ складокъ, гдѣ прежде всего появляются и язвы, которыя вслѣдствіе этого располагаются при дизентеріи очень характернымъ образомъ: онѣ или ограничиваютъ совершенно правильныя поля или образуютъ длинныя, широкія полосы, отъ которыхъ отходятъ во всѣ стороны болѣе узкія вѣтви (рисунокъ ландкартныхъ горъ).

Въ тонкихъ кишкахъ дифтеритическій процессъ встрѣчается при дизентеріи крайне рѣдко, да при томъ большею частью только въ самомъ нижнемъ отдѣлѣ и въ видѣ отрубевидной формы; въ большинствѣ случаевъ дизентеріи, въ тонкихъ кишкахъ встрѣчается лишь болѣе или менѣе рѣзко выраженный катарръ.

Симптомы.

Изъ всѣхъ симпомовъ дизентеріи, самыми характерными для нея являются—видъ испражненій и актъ дефекаціи.

Дизентерическій стулъ въ различныхъ случаяхъ бываетъ не одинаковымъ. Свойства его до такой степени зависятъ отъ хорактера анатомическихъ измѣненій кишекъ, что по качеству стула можно судить объ опасности болѣзни довольно точно.

Въ общемъ можно сказать, что чѣмъ больше кала въ испражненіяхъ въ свѣжихъ случаяхъ дизентеріи, тѣмъ менѣе значительны измѣненія въ кишкахъ. Какъ въ легкихъ, такъ и въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи главной составной частью испражненій бываетъ *слизь*, съ тою лишь разницей, что въ самыхъ легкихъ случаяхъ слизь всегда выходитъ съ каломъ, хотя бы и довольно жидкимъ; въ сравнительно болѣе тяжелыхъ случаяхъ каловый стулъ чередуется съ чисто слизистымъ стуломъ или послѣ нѣсколькихъ чисто слизистыхъ испражненій является одно каловое; въ еще болѣе тяжелыхъ случаяхъ каловый стулъ является лишь въ нѣсколько дней разъ, а то такъ и совсѣмъ не показывается.

Чисто слизистыя испражненія при дизентеріи въ свою очередь бываютъ опять таки не одинаковы. Типическими образщиками можно считать зеленыя, бѣлыя или безцвѣтныя и красныя испражненія.

Испражненія, состоящія изъ *зеленой слизи*, соотвѣтствуютъ болѣе легкимъ случаямъ дизентеріи. Испражненія эти не очень скудны, такъ какъ къ слизи примѣшивается обыкновенно и нѣкоторое количество кала, а у грудныхъ дѣтей обычной примѣсью являются свертки не переваренпаго молока. Зеленый слизистый стулъ можетъ быть довольно обиленъ (1—2 стол. ложки) и безъ примѣси кала, и въ такомъ случаѣ онъ имѣетъ благопріятное значеніе, такъ какъ указываетъ на малую раздражительнось нижняго отдѣла кишки, позволяющую скопляться здѣсь сравнительно большему количеству слизи; по этой причинѣ при обильномъ зеленомъ стулѣ испражненія никогда не бываютъ такъ часты, какъ при очень скудномъ стулѣ,—примѣрно разъ 10 въ сутки. Зеленая окраска стула вслѣдствіе внутреннихъ пріемовъ каломеля встрѣчается и въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи.

Если испражненія состоятъ только изъ *безцвѣтной слизи* (dysent. alba), то они всегда очень не обильны (2—3 чайн. ложки), но за то очень часты (до 20 разъ въ сутки). Рѣдко случается, чтобы всѣ испражненія состояли изъ безцвѣтной слизи, обыкновенно-же нѣкоторые раза выходитъ слизь розоватаго цвѣта, вслѣдствіе примѣси къ ней крови. Такого рода испражненія состоятъ изъ отдѣльныхъ слизистыхъ комковъ, величиной, напр., въ лѣсной орѣхъ или нѣсколько больше, тогда какъ зеленая слизь чаще встрѣчается въ видѣ массы, напоминающей лягушачью икру въ стоячихъ прудахъ.

Красныя испражненія состоятъ или изъ слизи, густо окрашенной кровью и тогда очень похожи на предыдущія, отъ которыхъ отличаются окраской, или изъ серозной, красноватой жидкости, съ примѣсью слизистыхъ клочковъ. Эти испражненія, имѣющія сходство съ мясной водой, считаются признакомъ дифтеритической формы дизентеріи, и потому прогностическое ихъ значеніе очень неблагопріятно.

Всѣ слизистыя испражненія при дизентеріи бываютъ или

вовсе безъ запаха, или съ слабымъ запахомъ сырости. Вонючія испражненія въ остромъ періодѣ дизентеріи всегда бываютъ грязно-сѣраго или чернаго цвѣта и встрѣчаются только въ тяжелыхъ случаяхъ, въ особенности при гангренозной формѣ.

Что касается до *слизисто-гнойныхъ* испражненій, то они никогда не встрѣчаются въ самомъ началѣ дизентеріи, а спустя недѣли двѣ или еще позднѣе; они указываютъ или на разрѣшеніе катарра (бѣлый или кровянисто-слизистый стулъ постепенно принимаетъ все болѣе и болѣе гнойный видъ), или на очищеніе дифтеритическихъ язвъ (въ очень тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи). Заключать на основаніи гнойнаго характера стула о непремѣнномъ присутствіи язвъ въ кишкахъ, по нашему мнѣнію, было бы несправедливо, такъ какъ въ періодѣ разрѣшенія какого бы то ни было катарра слизистой оболочки прозрачное слизистое отдѣляемое всегда принимаетъ гнойный характеръ.

Далѣе характерно для дизентеріи то, что испражненія очень *часты* и сопровождаются *болями живота* и *жиленіемъ*. Въ легкихъ случаяхъ больного слабитъ 10—12 разъ въ сутки, въ болѣе тяжелыхъ до 20—30 разъ и чаще. Самое большое число испражненій, встрѣтившееся мнѣ, было 52 испражненія въ 24 часа; авторы говорятъ о ста и даже двухстахъ, но я сомнѣваюсь, чтобы такое число испражненій могло бы быть у больныхъ, не имѣющихъ паралича сфинктера; если-же послѣднее условіе существуетъ, то кровянистая слизь или ихорозная жидкость вытекаетъ почти постоянно, и тогда, конечно, можно насчитать болѣе сотни испражненій.

Боль живота при дизентеріи явленіе постоянное; она сопровождаетъ каждое испражненіе и предшествуетъ ему въ видѣ сильныхъ схватокъ.

Но кромѣ этихъ, такъ сказать, обязательныхъ и временныхъ болей живота, при дизентеріи встрѣчается еще и *постоянная боль живота*, которая бываетъ двухъ родовъ: одна боль является при давленіи на пораженную кишку, въ особенности въ области нисходящей ободочной. Эта боль зависитъ, по всей вѣроятности, отъ воспалительнаго раздраженія

брюшины и всегда указываетъ на значительныя измѣненія въ кишкахъ, а потому въ легкихъ случаяхъ она совсѣмъ отсутствуетъ, а въ болѣе тяжелыхъ боль бываетъ тѣмъ сильнѣе и тѣмъ распространеннѣе (т. е. тѣмъ выше подымается по толстой кишкѣ), чѣмъ тяжелѣе случай. Но эта боль, являющаяся только при давленіи, не имѣетъ еще такого дурного значенія, какъ постоянная боль живота, ощущаемая больнымъ даже при самомъ покойномъ положеніи. Больные затрудняются опредѣлить мѣсто боли и говорятъ обыкновенно, что болитъ весь животъ, но сильнѣе въ области пупка. Эта боль не указываетъ на разлитое воспаленіе брюшины, такъ какъ она довольно тупая и отъ давленія или вовсе не усиливается или очень мало; причина ея неизвѣстна; она всегда сопровождается явленіями рѣзко выраженнаго коллапса и стоитъ, быть можетъ, въ связи съ пораженіемъ нервныхъ сплетеній живота.

Тенезмы или *жиленіе* никогда не отсутствуютъ при дизентеріи, хотя бы и самой легкой. Они являются при всякомъ испражненіи и сопровождаются чрезвычайно непріятнымъ для больного чувствомъ жженія или ссадненія въ заднемъ проходѣ и ощущеніемъ какъ-бы не совсѣмъ оконченнаго акта дефекаціи. Это послѣднее обстоятельство заставляетъ больныхъ долго оставаться на горшкѣ и напрягать свой брюшной прессъ, не смотря на то, что само жиленіе причиняетъ имъ боль. Тенезмы состоятъ въ сильномъ сокращеніи мышцъ прямой кишки и сопровождаются по этому затрудненнымъ отливомъ венозной крови изъ воспаленной слизистой оболочки, вслѣдствіе чего тенезмы могутъ считаться чрезвычайно неблагопріятнымъ моментомъ, поддерживающимъ раздраженіе въ прямой кишкѣ.

Стволики артерій и венъ, несущіе кровь къ капиллярамъ слизистой оболочки, проходятъ чрезъ мышечный слой кишки въ косвенномъ направленіи. Они окружены при этомъ слоемъ рыхлой соединительной ткани, который вокругъ артерій довольно толстъ, а около венъ очень тонокъ, а потому при сокращеніи кишечныхъ мышцъ, вены сдавливаются сильнѣе артерій и оттокъ крови отъ слизистой оболочки значительно затрудняется; эта гиперемія держится тѣмъ дольше, чѣмъ сильнѣе и продолжительнѣе сокращеніе мышечнаго слоя. При дизентеріи кровообращеніе въ слизистой оболочкѣ толстой кишки

и безъ того уже нарушено, а потому вредное вліяніе тенезмовъ при этой болѣзни выражается съ особенной силой (Rindfleisch. Lehrb. d. pathol. Gevebelehre. V Aufl. 1878 S. 297).

Изъ этого видно, на сколько важно, по возможности, ослаблять тенезмы; этимъ мы не только доставляемъ больному облегченіе его субъективныхъ жалобъ, но вліяемъ и на самый воспалительный процессъ.

Тенезмы ведутъ еще и къ другимъ непріятнымъ послѣдствіямъ, именно къ выпаденію прямой кишки и къ параличу сфинктера.

Выпаденіе прямой кишки можетъ быть временнымъ и постояннымъ. Въ первомъ случаѣ слизистая оболочка recti выворачивается наружу только во веля тенезмовъ и по прекращеніи ихъ сейчасъ-же возвращается на свое мѣсто, т. е. prolapsus recti вправляется самъ собой. Во 2-мъ случаѣ выпавшая часть прямой кишки, послѣ прекращенія жиленія, остается наружѣ и должна быть вправлена. Въ сравнительно легкихъ случаяхъ вправленіе удается очень легко и новое выпаденіе происходитъ только при новыхъ тенезмахъ, сопровождающихъ испражненіе; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ вправленіе хотя и удается безъ особеннаго труда, но новое выпаденіе происходитъ и безъ жиленія, а при всякомъ дѣйствіи брюшнаго пресса, напр., при крикѣ или кашлѣ; наконецъ бываютъ и такіе случаи, когда вправленіе совсѣмъ не удается, что встрѣчается нерѣдко у маленькихъ дѣтей, парализующихъ манипуляціи вправленія своимъ крикомъ и жиленіемъ во время самой операціи

Выпаденіе прямой кишки, хотя бы и временное, всегда указываетъ на тяжелую форму дизентеріи, а постоянное выпаденіе опасно кромѣ того и само по себѣ, такъ что въ прогностическомъ отношеніи этотъ симптомъ весьма неблагопріятенъ

Параличъ сфинктера ani встрѣчается тоже только въ тяжелыхъ формахъ дизентеріи. Онъ является результатомъ истощенія мышцъ, сжимающихъ anum, вслѣдствіе частыхъ тенезмовъ. Сначала замѣчается только парезъ сфинктера, т. е. ослабленіе его, которое выражается тѣмъ, что сфинктеръ

уступаетъ болѣе или менѣе легко при растяженіи anus'а пальцами (при раздвиганіи ягодицъ), а потомъ anus остается постоянно открытымъ, и при положеніи больного на спинѣ, съ слегка раздвинутыми и согнутыми бедрами, онъ представляется какъ на трупѣ, въ видѣ круглой дыры. Въ случаѣ выздоровленія, которое, впрочемъ, при полномъ параличѣ сфинктера встрѣчается довольно рѣдко, функція запирающей мышцы возстановляется вполнѣ и даже значительно раньше, чѣмъ наступитъ полное прекращеніе поноса.

Изъ другихъ сиптомовъ дизентеріи особаго вниманія заслуживаютъ общій видъ больного и лихорадка.

Въ легкихъ случаяхъ дизентеріи *habitus больного* почти не измѣняется; несмотря на то, что слизистыя испражненія богаты бѣлкомъ, истощеніе развивается не быстро и выражается больше блѣдностью, чѣмъ худобой. За то въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ очень скоро появляются признаки колляпса, который наступаетъ тѣмъ раньше и достигаетъ тѣмъ бо́льшей степени, чѣмъ тяжелѣе дизентерія, такъ что *по лицу больного можно сдѣлать довольно вѣрное заключеніе объ опасности болѣзни*; въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ колляпсъ при дизентеріи не уступаетъ холерному колляпсу и не менѣе его опасенъ. Лицо больного дѣлается осунутымъ, т. е. щеки впадаютъ, носъ заостряется, глазныя яблоки вваливаются, и глаза окружаются синими кругами и дѣлаются мутными; (замѣчу кстати, что при закрытыхъ глазахъ лицо кажется еще болѣе осунувшимся). Пульсъ слабъ и частъ, въ тяжелыхъ случаяхъ едва ощутимъ, конечности холодны, а не задолго до смерти—ціанотичны, какъ и слизистыя оболочки; t^0 часто ниже нормальной. Колляпсъ (упадокъ дѣятельности сердца) развивается вовсе не отъ истощенія, потому что въ тяжелыхъ случаяхъ онъ появляется уже съ первыхъ дней, когда истощеніе отъ потери бѣлка съ испражненіями не успѣло бы еще развиться. По всей вѣроятности, здѣсь идетъ дѣло или объ самоотравленіи организма, вслѣдствіе всасыванія ядовитыхъ продуктовъ изъ кишекъ, или о разстройствѣ иннерваціи сердца вслѣдствіе раздраженія кишекъ и брюшины, подобно тому какъ бываетъ это при извѣстномъ опытѣ Golz'а, который по-

хлопываніемъ по животу лягушки, производилъ у нея остановку біеній сердца, или какъ это наблюдается при такъ называемомъ шокѣ.

Въ случаяхъ затянувшейся дизентеріи на первый планъ выступаетъ *истощеніе*; рѣдко бываетъ, чтобы общее похуданіе достигало бы при какой нибудь другой болѣзни такой степени, какъ при хронической дизентеріи. Кожа дѣлается сухой и дряблой, подкожный жиръ исчезаетъ совершенно, мышцы атрофируются; нерѣдко появляются отеки ногъ (ступни и голени) и лица; иногда отекаютъ и руки, при чемъ моча бываетъ блѣдна, мутна, легко загниваетъ, но обыкновенно не содержитъ ни бѣлка, ни цилиндровъ.

Лихорадка встрѣчается не при всякой дизентеріи; легкіе случаи протекаютъ совсѣмъ безъ повышенія температуры; чаще, однако, лихорадочное состояніе бываетъ въ началѣ дизентеріи и тянется отъ 3—4 дней до нѣсколькихъ недѣль; въ среднихъ по тяжести случаяхъ лихорадка продолжается 10—14 дней и представляетъ ремиттирующій типъ съ утренними послабленіями до 38—38,5 и съ вечерними повышеніями до 39—39,5. Высота температуры соотвѣтствуетъ тяжести заболѣванія только до *нѣкоторой степени* и дѣлать какіе либо прогностическіе выводы на основаніи одной только высоты начальной лихорадки отнюдь не слѣдуетъ, такъ какъ на температуру большое вліяніе оказываютъ индивидуальныя особенности вообще и возрастъ въ частности; у маленькихъ дѣтей, напр., t° въ 40% встрѣчается сравнительно нерѣдко даже и не въ очень тяжелыхъ случаяхъ. При явленіяхъ коллапса t° часто дѣлается субнормальной.

Если въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи лихорадка затягивается на нѣсколько недѣль, то она принимаетъ обыкновенно интермиттирующій типъ и зависитъ, вѣроятно, отъ всасыванія изъ кишекъ гнилостныхъ продуктовъ.

Wunderlich (Eigenwärme in Kranh. 2 Auf. S. 350) не распространяется о ходѣ t° при дизентеріи; онъ говоритъ только, что при этой болѣзни, какъ и при всякомъ другомъ дифтеритическомъ воспаленіи, лихорадка не имѣетъ особаго значенія, такъ какъ умѣренныя или даже нормальныя температуры не даютъ не малѣйшей гарантіи за благополучный исходъ. Возвышенная t° можетъ

сдѣлаться нормальной, несмотря на то, что процессъ неудержимо прогрессируетъ и ведетъ къ смертельному исходу.

Объ остальныхъ симптомахъ дизентеріи скажу вкратцѣ. *Аппетитъ* въ случаяхъ, протекающихъ безъ лихорадки, всегда сохраняется въ нормальной степени: больной не только ѣстъ обычную для него пищу, но и хорошо перевариваетъ ее, такъ что въ испражненіяхъ не встрѣчается остатковъ непереваренной пищи; исключеніемъ являются только грудныя и особенно рожковыя дѣти, у которыхъ даже и при легкой дизентеріи обыкновенно въ испражненіяхъ встрѣчается значительное количество остатковъ молока, въ видѣ бѣлыхъ комочковъ. Нормальный аппетитъ и хорошее пищевареніе указываютъ на то, что желудокъ и тонкія кишки не поражены катарромъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи аппетитъ обязательно исчезаетъ и языкъ покрывается толстымъ, бѣлымъ слоемъ и оказываетъ наклонность къ высыханію. По изслѣдованіямъ Uffelmann'а, слюна получаетъ иногда кислую реакцію, а желудочный сокъ дѣлается щелочнымъ, и пищевареніе, слѣдовательно, сильно нарушается;—однако *рвота* при дизентеріи бываетъ очень рѣдко; сравнительно чаще встрѣчается она въ самомъ началѣ, особенно у маленькихъ дѣтей при сильномъ лихорадочномъ состояніи. Отсутствіе рвоты въ разгарѣ болѣзни объясняется, вѣроятно, тѣмъ, что больные ничего не ѣдятъ и не особенно много пьютъ.

Животъ бываетъ не только не вздутъ, но даже болѣе или менѣе *втянутъ*, и тѣмъ сильнѣе, чѣмъ чаще испражненія.

О болѣзненности живота было говорено выше.

Мочеиспусканіе при дизентеріи нерѣдко затрудняется и иногда доходитъ до задержанія мочи, вслѣдствіе того, что спазмъ мышцъ прямой кишки и задняго прохода распространяется и на сосѣднія мышцы мочевого пузыря.

Со стороны нервной системы, кромѣ обычной слабости, болей живота и головы, не бываетъ никакихъ припадковъ. Только въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи, при быстромъ поднятіи температуры на первый или второй день, появляются иногда однократныя или повторныя эклампсическія судороги съ послѣдовательнымъ сопорознымъ состояніемъ. Въ подоб-

ныхъ случаяхъ смертельный исходъ можетъ наступить въ теченіе первыхъ сутокъ, какъ это было, напр., въ слѣдующемъ случаѣ:

5-го мая 1882 года въ дѣтскую больницу поступила дѣвочка, 6 лѣтъ, отлично упитанная и прежде всегда здоровая. Братъ ея, 3-хъ лѣтъ, нѣсколько дней хвораетъ кровавымъ поносомъ;—дѣвочка наканунѣ была еще совершенно здорова и заболѣла въ 4 часа утра болью живота, рвотой, поносомъ съ жиленіемъ и жаромъ; до 10 часовъ утра прослабило разъ около 10-и слизью съ примѣсью крови и съ болями живота; въ 11-мъ часу послѣдовалъ первый экламписическій припадокъ и потомъ спячка. Черезъ часъ больная пришла въ себя; поносъ продолжался; въ 4 часа дня—новый приступъ эклампсіи и снова сопорозное состояніе, на этотъ разъ вплоть до смертельнаго исхода, послѣдовавшаго въ 6 часовъ вечера, при полномъ безсознательномъ состояніи, неощутимомъ пульсѣ и чрезвычайно обильномъ потѣ. Въ этомъ случаѣ, слѣдов., болѣзнь продолжалась всего лишь 14 часовъ. При вскрытіи дифтеритическаго эксудата въ кишкахъ не оказалось, а только сильная гиперемія слиз. обол. по всему тракту толстыхъ кишокъ и припухлость фолликулъ, рѣзко выступавшихъ на красномъ фонѣ своимъ желтоватымъ цвѣтомъ и придававшихъ слиз. обол. пестрый видъ; въ ileum припухлость пейеровыхъ бляшекъ; въ полости черепа отекъ мозга и сильное налитіе венъ мягкой мозговой оболочкой.

На сколько могу судить, основываясь на собственыхъ, правда, немногочисленныхъ наблюденіяхъ, эклампсія въ началѣ кроваваго поноса имѣетъ хотя и весьма дурное, но все-таки *не абсолютно* смертельное значеніе; во всякомъ случаѣ, однако, предсказаніе при ней хуже, нежели при судорогахъ въ началѣ оспы или пневмоніи.

Со стороны легкихъ, сердца, печени и почекъ обыкновенно не бываетъ никакихъ особенныхъ симптомовъ. Селезенка тоже остается нормальной.

Различныя формы дизентеріи.

Дизентерія, какъ и всякая другая инфекціонная болѣзнь, проявляется въ чрезвычайно разнообразныхъ формахъ. Между самыми легкими случаями, кончающимися выздоровленіемъ въ 2 — 3 дня и даже въ нѣсколько часовъ, и самыми тяжелыми, ведущими къ смерти въ нѣсколько дней, существуютъ всевозможныя переходныя степени.

Удобства ради можно принять три формы дизентеріи: лег-

кую, среднюю и тяжелую, хотя рѣзкихъ границъ между ними и не существуетъ. Общимъ признакомъ всѣхъ этихъ формъ служитъ необильный, частый, слизистый стулъ, жиленіе и боль живота.

Легкія формы дизентеріи характеризуются тѣмъ, что число испражненій въ сутки колеблется отъ 6 до 10; боль живота бываетъ только въ видѣ схватокъ; жиленіе выражено не рѣзко, (больной долго сидитъ на горшкѣ, вслѣдствіе постояннаго позыва, но лицо его остается покойнымъ, по нему не видно, что больной жилится), лихорадки обыкновенно не бываетъ, или она ничтожна; но что особенно характерно для легкихъ случаевъ дизентеріи, такъ это то, что *чисто слизистаго стула или совсѣмъ не бываетъ или въ перемежку съ нимъ нѣсколько разъ въ день появляется и кашицеобразныя каловыя массы.* Примѣсь крови къ испражненіямъ встрѣчается рѣдко. Аппетитъ сохраняется вполнѣ. Такая дизентерія нерѣдко проходитъ уже послѣ перваго пріема кастороваго масла, особенно у дѣтей старшаго возраста и у взрослыхъ; но въ другихъ случаяхъ и *легкая форма можетъ затягиваться недѣли на 2 и даже дольше*, такъ что по продолжительности она не уступаетъ подъ часъ среднимъ формамъ.

Началу легкой и средней формы обыкновенно предшествуетъ въ теченіе двухъ-трехъ дней разстройство пищеваренія, въ видѣ небольшого поноса. Больного слабитъ раза 2—3 въ сутки, потомъ появляются схваткообразныя боли живота и, наконецъ, слизистый стулъ и тенезмы. Выздоровленіе, если дѣло пошло на улучшеніе, наступаетъ быстро.

При *средней формѣ* дизентеріи число испражненій отъ 10 до 20; большинство ихъ состоитъ изъ чистой слизи, зеленой или бѣлой, окрашенной кровью (примѣсь которой, однако, не обязательна); тенезмы довольно значительны, каловыя массы не появляются въ теченіе двухъ-трехъ дней подъ рядъ, но легко вызываются слабительнымъ. Въ началѣ бываетъ обыкновенно повышеніе температуры. Животъ при давленіи не болѣзненъ или боль не велика и ограничена небольшимъ мѣстомъ въ области лѣвой fossa iliaca. *Коллапса нѣтъ.* Аппетитъ уменьшается.

Эта форма можетъ развиться изъ предыдущей (въ особенности при негляжированіи діэтой) или появляется самостоятельно и довольно остро. Дѣло начинается въ такомъ случаѣ лихорадочнымъ состояніемъ и появленіемъ характернаго стула. Острый періодъ (лихорадка, чисто слизистый стулъ, боль живота и тенезмы) остаются in statu quo дней 8—12, а потомъ наступаетъ періодъ улучшенія, которое сначала идетъ медленно и выражается постепеннымъ ослабленіемъ всѣхъ припадковъ (вмѣсто 15—20 испражненій ихъ бываетъ 12—10—8; лихорадка прекращается, тенезмы ослабѣваютъ) и главнымъ образомъ тѣмъ, что въ теченіе сутокъ все чаще и чаще начинаютъ появляться вмѣстѣ со слизью и каловыя массы. Дѣло кончается тѣмъ, что недѣли черезъ 2—3 *слизистый поносъ переходитъ въ простой*; больного слабитъ 6—4 раза въ сутки кашицеобразнымъ стуломъ и черезъ 1—2 недѣли все приходитъ къ нормѣ. При мало мальски серьезномъ кровавомъ поносѣ періодъ каловаго стула такъ же необходимъ, какъ и періодъ отдѣленія слизисто-гнойной мокроты послѣ остраго бронхита. Чѣмъ тяжелѣе былъ острый періодъ дизентеріи, тѣмъ упорнѣе оказывается потомъ и каловый поносъ. Это обстоятельство необходимо имѣть въ виду, чтобъ не смущаться тѣмъ, что этотъ поносъ долго не уступаетъ лѣченію.

Тяжелыя формы дизентеріи характеризуются не столько высокимъ лихорадочнымъ состояніемъ въ началѣ и чрезмѣрно частымъ стуломъ (больше 20—30 разъ въ сутки) и сильнымъ жиленіемъ, сколько симптомами наступленія *коллапса*, и *значительной болѣзненностью живота при давленіи по тракту ободочной кишки*, въ особенности col. descendentis. Каловаго стула нѣтъ въ теченіе нѣсколькихъ дней подъ рядъ, при чемъ его трудно добиться даже и назначеніемъ слабительнаго.

Болѣзнь выступаетъ въ полной своей силѣ не сразу, а усиливается въ теченіе недѣли и за симъ остается in statu quo еще съ недѣлю или нѣсколько дольше, и если больной за это время не умретъ, то дальнѣйшее теченіе болѣзни затягивается на продолжительное время, такъ что въ подобныхъ случаяхъ говорятъ о переходѣ острой дизентеріи въ хроническую; эта *хроническая дизентерія* есть ни что иное, какъ

чрезвычайно затянувшійся періодъ каловаго стула. Больного слабитъ не особенно часто—разъ 6—8 въ сутки, чрезвычайно вонючимъ, жидкимъ или кашицеобразнымъ стуломъ, съ примѣсью гноевидной слизи, при чемъ бываютъ, обыкновенно, схваткообразныя боли живота и небольшіе тенезмы. Этими остатками тенезмовъ и примѣсью гнойной слизи къ каловому стулу хроническая дизентерія отличается отъ обыкновеннаго хроническаго катарра тонкихъ кишекъ, при которомъ испражненія тоже очень вонючи и нерѣдко сопровождаются болями живота.

Въ обоихъ этихъ случаяхъ больные представляютъ высшую степень истощенія, нерѣдко появляются отеки рукъ и ногъ, а также и лица, а въ исключительныхъ случаяхъ дѣло можетъ дойти и до общей водянки, съ скопленіемъ жидкости въ серозныхъ полостяхъ, что наблюдается преимущественно у маленькихъ дѣтей до 4—6 лѣтъ. У грудныхъ дѣтей, кромѣ исчезанія подкожнаго жира, истощеніе выражается еще тѣмъ, что родничекъ вваливается, затылочная кость заходитъ подъ темянныя и иногда весь процессъ заканчивается развитіемъ мозговыхъ симптомовъ вслѣдствіе атрофіи мозга и послѣдовательной головной водянки или отека мозговыхъ оболочекъ вслѣдствіе гидрэміи—это такъ наз. *гидроцефалоидъ*, характеризующійся вначалѣ припадками раздраженія мозга, каковы: безпокойство, безсонница, вскрикиваніе во снѣ, иногда рвота, судорожныя подергиванія, а потомъ симптомами угнетенія мозговой дѣятельности: является *сонливость*, неправильное дыханіе, прерываемое глубокими вздохами, *сведеніе затылка*, спячка и смерть.

Къ тяжелой формѣ дизентеріи относятся всѣ случаи, осложненные параличемъ сфинктера или выпаденіемъ прямой кишки, а также и тѣ, при которыхъ въ концѣ 2-й недѣли или въ теченіе третьей появляются чисто гнойныя испражненія.

Продолжительность тяжелой дизентеріи трудно опредѣлить, такъ какъ она имѣетъ большую наклонность переходить въ хроническую форму. Въ счастливыхъ случаяхъ періодъ лихорадочнаго состоянія и чисто-слизистаго стула тянется недѣли 2—3 и столько же времени продолжается и періодъ улуч-

шенія; т. н. хроническая дизентерія продолжается отъ 2 до 6 мѣсяцевъ и потомъ въ большинствѣ случаевъ всетаки кончается выздоровленіемъ, хотя слабость пищеваренія и наклонность къ поносу или *къ запору* остаются надолго.—Понятно, что подъ вліяніемъ такого продолжительнаго поноса больной истощается do nec plus ultra и легко получаетъ отеки ногъ и проч.

Продолжительность дизентеріи въ 79 случаяхъ изъ практики Barthez и Sanné резюмируется ими въ слѣдующей таблицѣ:

Продолж.	Число случаевъ.
Нѣсколько часовъ	1
6 дней	1
8—15 дней	13
16—21 »	10
22—31 »	20
1—2 мѣсяца	20
2—3 »	8
3—7 »	6

Смертельный исходъ тяжелой формы дизентеріи можетъ наступить или въ остромъ періодѣ болѣзни (иногда уже на первой недѣлѣ, чаще на 2-й или 3-й) или въ хроническомъ.

Какъ легкія, такъ и тяжелыя дизентеріи встрѣчаются иногда въ видѣ *періодическаго* кроваваго поноса, при которомъ частыя, слизистыя или слизисто-кровянистыя испражненія съ тенезмами и болями живота являются только въ извѣстные часы, напр., съ вечера до утра или наоборотъ, а въ другое время сутокъ больного или совсѣмъ не слабитъ или слабитъ значительно рѣже. Тогда какъ въ обыкновенныхъ случаяхъ дизентеріи позывъ вызывается каждой чашкой чая или бульона, въ періодической формѣ этого вовсе не бываетъ и если періодъ поноса окончился, то больной безнаказанно можетъ ѣсть тогда и болѣе солидную пищу. Bohn описалъ такого рода періодическую дизентерію подъ именемъ замаскированной маляріи и указалъ на то, что въ подобныхъ случаяхъ всего вѣрнѣе дѣйствуетъ хининъ. Запущенная f. larvata принимаетъ форму хроническаго поноса при чемъ періодичность нѣсколько стушевывается.

Осложненія и послѣдовательныя болѣзни.

Что тяжелыя формы дизентеріи часто осложняются параличемъ сфинктера и выпаденіемъ кишки, и что послѣ нея нерѣдко остается хроническій поносъ или наоборотъ запоръ, объ этомъ было уже говорено выше. Здѣсь прибавлю только, что выпаденіе прямой кишки можетъ остаться послѣ дизентеріи на неопредѣленно долгое время и тогда уступаетъ только хирургическому лѣченію.

Къ числу рѣдкихъ осложненій дизентеріи относятся peritonitis (вслѣдствіе прободенія кишекъ, но иногда и безъ него) воспаленіе сочлененій, параличъ ногъ (вслѣдствіе neuritis ascendens—Leyden) общая водянка.

Предсказаніе.

Предсказаніе при дизентеріи зависитъ, конечно, отъ формы ея; такъ какъ легкія и среднія степени составляютъ громадное большинство, то предсказаніе, вообще говоря, благопріятно; смертность при различныхъ эпидеміяхъ колеблется, впрочемъ, въ большихъ размѣрахъ; во время нашихъ лѣтнихъ эпидемій она равняется приблизительно 10%, но нѣкоторые эпидеміи даютъ 50% смертности и даже до 80%, такъ, что Trousseau не безъ основанія говоритъ, (Лекціи т. I, с. 531), что кровавый поносъ есть самая смертельная изъ всѣхъ эпидемическихъ болѣзней, не исключая даже и холеры.

Предсказаніе сравнительно хуже у маленькихъ дѣтей и въ особенности у дѣтей, истощенныхъ какой нибудь случайной острой болѣзнью.

Изъ отдѣльныхъ симптомовъ дурное значеніе имѣютъ: чрезвычайная частота испражненій (напр., больше 24 въ сутки), рѣзко выраженныя явленія колляпса, въ особенности похолоданіе конечностей, а еще хуже ціанозъ (признакъ близкой смерти); сильная боль живота, при давленіи на него и постоянная, ноющая или тупая боль живота внѣ времени испраж-

ній. Меньше значенія для предсказанія имѣетъ высота начальной температуры и однократный приступъ эклампсіи.

Бурное начало болѣзни, напр., съ повышеніемъ температуры до 40°/₀ и больше, иногда съ начальнымъ эклампсическимъ припадкомъ, хотя въ большинствѣ случаевъ и указываетъ на предстоящее тяжелое теченіе болѣзни, но *не всегда*; болѣе вѣрное предсказаніе въ подобныхъ случаяхъ можно сдѣлать только выждавши дѣйствія касторовага масла: какъ бы сильно не начался поносъ, но если первый пріемъ слабительнаго оказалъ хорошее дѣйствіе, т. е. вызвалъ обильный каловой стулъ, послѣ котораго позывы сдѣлались рѣже и тенезмы ослабѣли, то можно смѣло расчитывать на скорое облегченіе всѣхъ припадковъ и на благополучный исходъ болѣзни; если же касторовое масло не дѣйствуетъ, а дальнѣйшіе пріемы его начинаютъ вызывать рвоту, то поносъ будетъ упорный, а можетъ быть и опасный.

Діагностика.

Малый, частый стулъ, состоящій главнымъ образомъ изъ слизи, иногда съ примѣсью крови, тенезмы прямой кишки и жиленіе (напряженіе брюшного пресса), боли живота—все это такіе симптомы, благодаря которымъ діагностика дизентеріи не представляетъ никакихъ затрудненій.

Подобные припадки бываютъ еще только при спорадическомъ кровавомъ поносѣ, который не заразителенъ и является отъ случайныхъ причинъ внѣ времени эпидеміи. Этотъ спорадическій кровавый или слизистый поносъ стоитъ къ эпидемической дизентеріи въ такомъ же отношеніи, какъ cholera nostras къ cholera asiatica и отличать эти болѣзни только по припадкамъ буквально невозможно; распознаваніе должно быть основано на этіологическихъ моментахъ.

По припадкамъ нельзя также узнать, имѣемъ ли дѣло съ фолликулярной формой дизентеріи или съ дифтеритической, такъ какъ смертельный исходъ можетъ наступить очень быстро и при фолликулярномъ энтеритѣ. Иногда діагностика дифте-

ритической формы облегчается тѣмъ, что при параличѣ сфинктера можно прямо видѣть островки дифтеритическаго эксудата на слизис. обол. прямой кишки.

Слизь и кровь въ испражненіяхъ встрѣчаются иногда при полипахъ прямой кишки, но распознаваніе не трудно; оно основывается на теченіи и еще на томъ, что при полипахъ не бываетъ собственно поноса, а слизь и *чистая* кровь примѣшиваются къ нормальному стулу. Изслѣдованіе пальцемъ легко открываетъ присутствіе полипа.

Лѣченіе.

Предохранительное лѣченіе требуетъ соблюденія трехъ главныхъ условій: во 1-хъ, избѣгать вліянія заразы; во 2-хъ, избѣгать всего, что можетъ произвести разстройство пищеваренія и, въ 3-хъ, устранять запоры.

Такъ какъ ядъ, вызывающій дизентерію, находится въ почвѣ и въ воздухѣ, то на лѣто слѣдуетъ увозить дѣтей изъ города на болѣе чистый воздухъ, т. е. въ деревню или на дачу, но *избѣгать* при этомъ *сырыхъ мѣстъ*.

Если въ семьѣ кто либо заболѣлъ дизентеріей, то, имѣя въ виду, что зараза заключается въ испражненіяхъ, все вниманіе должно быть обращено на безусловную чистоту постельныхъ принадлежностей и самого больнаго и на обеззараживаніе его испражненій. Въ сосудъ, въ который марается больной, каждый разъ до и послѣ испражненія наливается столовая ложка раствора сулемы: 1:1000 или столько же скипидара и проч. и сейчасъ же выносится; бѣлье, если оно запачкалось каломъ, надо перемѣнить, а грязное положить въ щелокъ и потомъ подвергнуть вліянію кипятка. Если больной марается лежа, подъ себя, то ему подкладываютъ нѣсколько разъ сложенную мягкую пропускную бумагу, въ крайности газетную, которую потомъ сжигаютъ, а ягодицы больнаго обмываютъ тѣмъ или другимъ дезинфецирующимъ растворомъ.

Въ эпидемическое время всякій легкій поносъ можетъ пре-

вратиться въ дизентерію, а потому и нужно избѣгать всего, что можетъ причинить разстройство пищеваренія.

На первомъ мѣстѣ надо поставить тутъ недозрѣлые ягоды и фрукты, грибы и питье холодной воды при разгоряченномъ тѣлѣ.

На этомъ-же основаніи обыкновенно прекращаютъ лѣтомъ употребленіе рыбьяго жира.

У маленькихъ дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно, громадное значеніе въ этіологіи дизентеріи играетъ коровье молоко; рожковыя дѣти умираютъ лѣтомъ почти только отъ двухъ болѣзней—отъ дѣтской холеры и отъ слизистаго поноса. Всего вреднѣе для нихъ прокисшее молоко; въ началѣ прокисанія вкусъ молока можетъ казаться нормальнымъ, а между тѣмъ для желудка и кишекъ такое молоко уже вредно, и матерямъ всегда слѣдуетъ быть знакомымъ съ употребленіемъ лакмусовой бумаги. Лѣтомъ, въ комнатахъ, молоко скисается вообще легко, а передъ грозой въ особенности. Для рожковыхъ дѣтей лѣтомъ необходимо брать молоко только что надоенное и сейчасъ-же его вскипятить и держать въ закупоренной бутылкѣ.

Вообще лѣтомъ слѣдуетъ держаться правилъ искусственнаго вскармливанія съ особой педантичностью; а грудныхъ не отымать отъ груди.

Довольно подробно я говорилъ объ этихъ правилахъ въ моей брошюрѣ „О распознаваніи и лѣченіи катарровъ кишекъ у дѣтей", а здѣсь я коснусь ихъ лишь въ главныхъ чертахъ.

1) Дѣти до 3—4 мѣсяцевъ не могутъ переносить ни твердой, ни крахмалистой пищи, а потому въ этомъ возрастѣ они должны питаться только молокомъ.

2) Маленькимъ дѣтямъ молоко даютъ въ разведенномъ видѣ. Для новорожденнаго на 1 ч. мол. 3 ч. кипяч. воды и на одинъ стаканъ смѣси берутъ чайн. ложку обыкновеннаго сахара; отъ 1 до 3-хъ мѣсяцевъ на 1 ч. мол. 2 ч. воды; для 3—4 мѣс. поровну; 4—6 мѣс. на 2 ч. мол. 1 ч. воды, а послѣ полугода даютъ цѣльное молоко. Вмѣсто простой воды можно брать ячменный или овсяный отваръ (первый при на-

клонности къ поносу, второй при запорахъ). Для приготовленія отвара берутъ чайную ложку верхомъ крупъ на стаканъ воды и кипятятъ до размягченія зеренъ, потомъ процѣживаютъ черезъ полотно и прибавляютъ къ молоку въ тѣхъ же пропорціяхъ, какъ и простую воду; или прибавляютъ къ водѣ растворъ соды (на стаканъ разведеннаго молока столовую ложку 2% раствора соды). Молоко должно быть вскипяченнымъ. Посуда требуетъ строжайшей чистоты.

3) До двухъ мѣсяцевъ ребенокъ получаетъ пищу черезъ 2 часа днемъ и 2 раза ночью (9 разъ въ сутки по 4 стол. ложки), послѣ 2-хъ мѣсяцевъ—черезъ 3 часа днемъ и 1 разъ ночью (7 разъ въ сутки, сначала по 4 ложки, а потомъ съ каждымъ мѣсяцемъ на 2 ложки больше).

4) Пищу всегда надо подогрѣвать до 28 R. Если появляется сильный поносъ, особенно со рвотой, то коровье молоко слѣдуетъ совсѣмъ отмѣнить, замѣнивши его на время, у дѣтей старше 3-хъ мѣсяцевъ—жидкимъ отваромъ муки Нестли (1 стол. лож. муки на 10 лож. воды), а у маленькихъ—бѣлочной водой: сырой бѣлокъ отъ одного яйца разбавляется въ стаканѣ отварной, комнатной воды, смѣсь процѣживается черезъ полотно и потомъ подслащается сахаромъ.

Такъ какъ въ числѣ располагающихъ причинъ, запоръ играетъ не менѣе важную роль чѣмъ и поносъ, то необходимо обращать вниманіе и на эту сторону и въ случаѣ запора прибѣгать къ клистирамъ изъ простой воды.

Къ числу предохранительныхъ средствъ я отношу между прочимъ, касторовое масло, которое можно давать ребенку (годовалому—чайную ложку, 6-и лѣтнему десертную), въ началѣ каждаго лѣтняго поноса, а особенно, если *поносъ протекаетъ съ болями живота.*

Лѣченіе развившейся болѣзни всегда слѣдуетъ начинать съ слабительнаго; съ этимъ согласны чуть-ли не всѣ авторы (что такъ рѣдко встрѣчается, когда рѣчь заходитъ о терапевтическихъ вопросахъ!) Разногласія касаются только выбора средствъ; одни рекомендуютъ большіе дозы каломеля (3—4 гр. черезъ 3 часа до дѣйствія, но не больше 2—3 пріемовъ, или черезъ часъ по 1 гр. 6—8 пріемовъ), другіе пред-

почитаютъ среднія соли: natrum sulphuricum, magnesia sulphurica или citrica, по чайной или десертной ложкѣ на пріемъ, третьи придерживаются касторового масла. Я лично всего чаще назначаю послѣднее средство, и только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ребенокъ питаетъ къ нему непреодолимое отвращеніе и всякій разъ извергаетъ его рвотой, тамъ я назначаю каломель по 1 гр. черезъ часъ (груднымъ по $^1/_4$ грана), до появленія зеленаго, обильнаго стула.

Болѣе взрослыя дѣти принимаютъ косторовое масло въ капсюляхъ или просто съ кофеемъ или съ виномъ. Маленькимъ смѣшиваютъ его съ сиропомъ или прямо вливаютъ въ ротъ, при положеніи больного на спинѣ. Въ случаѣ рвоты, черезъ 5 минутъ даютъ новый пріемъ, который обыкновенно остается. Для избѣжанія рвоты лучше давать масло натощакъ. Наше кавказское касторовое масло, приготовляемое Келеромъ, дѣйствуетъ такъ же хорошо, какъ и заграничное, но не имѣетъ того противнаго вкуса и запаха и потому гораздо легче принимается.

Касторовое масло, во 1-хъ, выводитъ калъ, который, застоявшись, оказываетъ, по общепринятому мнѣнію, очень вредное вліяніе на воспаленную слизистую оболочку, а во 2-хъ, вызывая равномѣрную перистальтику, уменьшаетъ мѣстный спазмъ въ нижнемъ отдѣлѣ кишечника, вслѣдствіе чего уменьшаются тенезмы и тѣмъ самымъ устраняется условіе, поддерживающее воспаленіе (см. выше). У постели больного дѣйствіе масла выражается уменьшеніемъ тенезмовъ и болей живота, а также тѣмъ, что позывы становятся рѣже. Въ легкихъ случаяхъ касторовое масло нерѣдко дѣйствуетъ прямо абортивно, т. е. послѣ перваго-же пріема является нормальный стулъ. Если облегченіе послѣ слабительнаго было, но дня черезъ два наступаетъ новое ожесточеніе припадковъ, то пріемъ масла можно повторить, хотя-бы и не было признаковъ задержанія кала.

Послѣ слабительнаго лѣченіе ведется въ симптоматическомъ направленіи, такъ какъ средствъ, купирующихъ болѣзнь, мы не знаемъ. Въ виду того, что болѣзненный процессъ локализуется въ толстой кишкѣ и притомъ, главнымъ образомъ,

въ нижнемъ отдѣлѣ ея, большія надежды возлагались на *методъ лѣченія вливаніями большихъ количествъ воды* съ примѣсью тѣхъ или другихъ дезинфецирующихъ, но надежды, повидимому, не оправдались, такъ какъ ежегодно появляются въ періодической печати все новыя и новыя средства, яко бы купирующія кровавый поносъ.

Изъ многихъ опытовъ выяснилось, что карболовая кислота, даже и въ сильномъ разведеніи, но вводимая въ большихъ количествахъ, легко производитъ отравленіе и потому должна быть оставлена; безвреднѣе оказался бензойнокислый натръ (1%) салициловый натръ (½%) и alumen aceticum. Это послѣднее средство, въ послѣднее время, такъ горячо рекомендуется Soltmann'омъ (Ueber d. Behandl. Magen-Darmkrankh. des Säuglings. 1886. 2-te Aufl. s. 47), что я приведу здѣсь способъ его употребленія. Препаратъ, котораго онъ теперь постоянно держится, есть liquor aluminis acetici германской фармакопеи (этотъ способъ приготовленія не принятъ въ послѣдней нашей фармакопеѣ; препаратъ не долженъ содержать ни свободной уксусной кислоты, ни свинца). Онъ назначаетъ его внутрь и въ клизмахъ. Rp. Liq. alum. acet. 30,0, aq. dest. 50,0, Syr. 10,0. MDS. Черезъ 2 часа по чайной—десер. ложкѣ; для клистировъ берутъ 90—120,0 чистаго препарата или пополамъ съ водой. Результатъ лѣченія, по словамъ S. „удивительный“. Оно вѣрно и быстро ограничиваетъ секрецію и выдѣленія какъ при катарральной, такъ и при серозно-гнойной дизентеріи, когда есть уже изъязвленныя мѣста; оно облегчаетъ боль и иногда совершенно устраняетъ тенезмы и нерѣдко купируетъ болѣзнь въ нѣсколько дней.

Henoch рекомендуетъ ½% растворъ plumbi acetici, въ количествѣ 300—500 грм. на вливаніе, послѣ предварительнаго промыванія кишекъ слабымъ растворомъ ($^1/_{10}$%) салициловой кислоты, въ количествѣ 1000 грм.

Я имѣлъ случай испытать въ больничной практикѣ вливанія большихъ количествъ жидкостей, посредствомъ Эсмарховской кружки, но получалъ не особенно удовлетворительные результаты, особенно въ тяжелыхъ случаяхъ.

Чтобъ ввести въ кишки нѣсколько стакановъ жидкости,

нужно употребить на это минутъ 5, (такъ какъ вливаніе происходитъ очень медленно), и слѣдовательно, въ теченіе нѣсколькихъ минутъ сильно воспаленная и чувствительная прямая кишка раздражается инороднымъ тѣломъ (наконечникомъ рукава), что причиняетъ больному значительную боль и вызываетъ сильнѣйшія тенезмы, благодаря которымъ вливаемая жидкость сейчасъ-же выходитъ наружу, и вся операція, не достигая цѣли, причиняетъ только напрасный травматизмъ и въ результатѣ нерѣдко получается какъ разъ обратное тому, что ожидалось, т. е. тенезмы усиливаются, и испражненія дѣлаются чаще.

Если Monti требуетъ вливать ребенку отъ 4 мѣсяцевъ до года не менѣе штофа, а дѣтямъ постарше, два штофа и больше, и въ случаѣ регургитаціи жидкости закупориваетъ anus абтураторомъ Oser'а, (которымъ сфинктеръ растягивается ad maximum) то можно только сказать, что бумага, конечно, все терпитъ, но выдержитъ-ли такое вливаніе больная стѣнка кишки и sfincter ani и безъ того уже расположенный къ параличу, это для меня вопросъ. (Ach. f. Kinderh. VII. S. 161).

Однимъ словомъ, вливанія, при всей своей кажущейся раціональности, въ остромъ періодѣ дизентеріи, часто не приносятъ никакой пользы, такъ какъ не переносятся больными; въ сравнительно легкихъ случаяхъ, т. е. тамъ, гдѣ онѣ удаются, они могутъ способствовать укорачиванію теченія болѣзни. Но вливать-ли при этомъ слабый растворъ поваренной соли или бензойнокислый натръ или салициловый—это не имѣетъ особаго значенія; при выборѣ жидкости надо соблюдать лишь одно главное условіе—чтобъ она была не ядовита, а потому не годится, напр., карболовая кислота даже и въ $\frac{1}{2}\%$ растворѣ или plumb. acet. въ количествѣ 5 грм. на литръ, т. е. больше двухъ драхмъ на одно вливаніе! какъ рекомендуетъ Monti (l. c. s. 180). Лѣченіе дизентеріи клистирами, въ количествѣ 3—4 унцій, какъ это рекомендуется Soltmann'омъ (Alum. acet.) уже потому не можетъ оказывать купирующаго дѣйствія въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи, что такія маленькія количества воды не проникаютъ далѣе S romanum и, слѣдовательно, могутъ оказывать вліяніе только на частицу болѣзненнаго процесса. Переносятся онѣ легче вливаній, такъ какъ операція эта продолжается не такъ долго.

Изъ внутреннихъ средствъ, которымъ приписывалось купирующее вліяніе на дизентерію, я упомяну здѣсь про ипекакуану, которая рекомендуется въ большихъ дозахъ въ послѣднемъ изданіи извѣстнаго французскаго руководства Barthez и Sanné (стр. 489); они начинаютъ лѣченіе настоемъ ипекакуаны изъ 1,0—2,0 на 200,0 черезъ часъ по ложкѣ и продолжаютъ такимъ образомъ 2—4 дня. Отъ такого лѣченія они видѣли блестящіе результаты въ началѣ болѣзни и въ самомъ остромъ ея періодѣ. Я не испыталъ этого бразильскаго метода за недостаткомъ смѣлости и довѣрія къ такому лѣченію.

Выводъ изъ всего сказаннаго будетъ тотъ, что противъ тяжелыхъ формъ дизентеріи мы не имѣемъ вѣрно дѣйствующихъ средствъ (съ чѣмъ согласны также и Monti и Soltmann и др.), а среднія и легкія формы кончаются выздоровленіемъ и при другихъ методахъ лѣченія, менѣе непріятныхъ для больного.

Купировать мы можемъ только перемежающуюся форму дизентеріи и именно посредствомъ среднихъ дозъ хинина, (столько гранъ, сколько больному лѣтъ), который всего лучше назначать за 4—6 часовъ до ожидаемаго начала слѣдующаго періода поноса. Если поносъ остановился, то необходимо, всетаки продолжать хининъ, но только въ половинныхъ дозахъ, еще нѣсколько дней, по крайней мѣрѣ съ недѣлю. Хининъ приноситъ нерѣдко существенную пользу и въ тѣхъ случаяхъ дизентеріи, когда поносъ продолжается въ теченіе цѣлыхъ сутокъ, но въ извѣстные часы значительно усиливается.

Предметомъ *симптоматическаго лѣченія* въ началѣ болѣзни бываютъ тенезмы, частыя испражненія и боль живота; позднѣе, кромѣ того, еще и явленія колляпса, а по окончаніи остраго періода приходится бороться съ хроническимъ катарромъ кишекъ и съ истощеніемъ.

Въ остромъ періодѣ дизентеріи больной долженъ *лежать въ постели*, такъ какъ покойное положеніе значительно успокоиваетъ боли живота и уменьшаетъ частоту позывовъ и силу тенезмовъ.

Выше было уже говорено о томъ, что само жиленіе дѣйствуетъ на больную слизистую оболочку раздражающимъ образомъ и, такъ сказать, само себя поддерживаетъ, а потому, чѣмъ меньше больной будетъ жилиться, тѣмъ лучше. Разсчитывать при этомъ на добрую волю больного и ограничиваться однимъ совѣтомъ „поменьше жилиться"—не ведетъ ни къ чему, такъ какъ дѣти, даже и старшаго возраста не въ состояніи преодолѣть инстинктивнаго стремленія къ потугамъ, слѣдовательно надо помочь имъ въ этомъ дѣлѣ. Съ этою цѣлью совѣтуютъ *мараться лежа* на подкладное судно, а маленькимъ дѣтямъ на подложенную подъ ягодицы про-

пускную бумагу, сложенную въ нѣсколько слоевъ. Въ большинствѣ случаевъ дѣти энергично протестуютъ противъ такого способа, заявляютъ, что они не могутъ мараться и требуютъ стула, но въ основѣ подобныхъ протестовъ лежитъ не дѣйствительное какое-либо неудобство, а только невозможность удовлетворить, какъ слѣдуетъ, стремленіе къ жиленію. Провести эту мѣру, однако, не трудно, нужно только объяснить матери цѣль этого назначенія, сказать ей, что протесты будутъ продолжаться не долѣе сутокъ и поставить ей на видъ, что такимъ способомъ мы всего вѣрнѣе гарантируемъ больного отъ осложненій дизентеріи параличемъ сфинктера и выпаденіемъ прямой кишки.

Я считаю необходимымъ для больного мараться въ лежачемъ положеніи, если число испражненій заходитъ за 15 разъ въ сутки и особенно, если есть намеки на предстоящее выпаденіе кишки, т. е. если есть временное выпаденіе.

Изъ внутреннихъ средствъ, послѣ касторонаго масла, мы назначаемъ обыкновенно опій per se или въ эмульсіи миндальнаго масла: Rp. Emuls. ol. amygd. dulc. ℥jj (ex ʒjj) Trae opii simpl. gtt. iv Syr. ʒjj MDS. Черезъ 2 часа по чайной (ребенку 2-хъ лѣтъ) или по десертной (5-и лѣтъ) ложкѣ.

Jacobi назначаетъ опій въ гораздо большихъ пріемахъ; по его мнѣнію кровавый поносъ требуетъ почти такихъ же пріемовъ опія, какъ и peritonitis, особенно вначалѣ. Другіе предпочитаютъ давать опій съ эмульсіей изъ касторонаго масла (Henoch) или съ calomel'емъ.

Изъ наружныхъ средствъ противъ болей живота хорошо дѣйствуютъ припарки на животъ или согрѣвающій компрессъ, особенно раздражающій, напр., изъ сельтерской воды или изъ воды пополамъ съ водкой; а противъ тенезмовъ и частыхъ позывовъ рекомендуются клистиры и свѣчки.

Если клистиръ назначается не какъ слабительное, а какъ средство успокаивающее тенезмы и раздраженіе въ прямой кишкѣ, то надо стараться, чтобъ вводимая жидкость на нѣкоторое время оставалась бы въ кишкѣ, а для этого клистиры должны удовлетворять слѣдующимъ условіямъ: 1) клистиръ долженъ быть не великъ (для грудного—одна столовая ложка,

для старшихъ 2 — 4); 2) теплый (подогрѣтый до 29° R.); 3) вводиться въ кишку не съ силой, а постепенно и непремѣнно *послѣ* испражненія и, въ 4-хъ, наконецъ, онъ не долженъ содержать въ себѣ никакихъ раздражающихъ примѣсей. Въ силу послѣдняго условія негодятся въ остромъ періодѣ дизентеріи клистиры съ хлоралемъ, сѣрнокислымъ цинкомъ, ляписомъ, полуторохлористымъ желѣзомъ и пр. Всего лучше брать для клистировъ отваръ крахмала (чайн. лож. верхомъ пшеничнаго или картофельнаго крахмала на стаканъ воды) или отваръ льнянаго сѣмени съ прибавкой тинктуры опія, въ количествѣ 1 — 6 капель, смотря по возрасту. Jacobi рекомендуетъ клистиры изъ magist. bismuti.

Порошокъ висмута не растворяется, а для клистировъ его просто взбалтываютъ съ 6—10 объемами воды и впрыскиваютъ, послѣ промывательнаго, 2—3 раза въ день по 30—100 грм. смѣси (l. c. S. 812).

О дѣйствіи успокаивающихъ клистировъ нельзя сказать ничего опредѣленнаго: иногда они переносятся хорошо и дѣйствительно облегчаютъ ребенка, т. е. испражненія становятся рѣже и жиленіе уменьшается. Въ легкихъ случаяхъ тенезмы могутъ совсѣмъ прекратиться послѣ 1-го же клистира, но за то въ другихъ случаяхъ клистиры видимо усиливаютъ раздраженіе кишки, испражненія послѣ нихъ дѣлаются чаще и тогда лѣченіе должно быть отмѣнено. *Крахмальный, опійный клистиръ приноситъ пользу только въ томъ случаѣ, если онъ остается въ кишкѣ на нѣкоторое время и чѣмъ дольше, тѣмъ лучше, если же вводимая жидкость выбрасывается кишкой тотчасъ же, т. е. во время самаго производства операціи, то толку навѣрное не будетъ.* Къ сожалѣнію, это послѣднее условіе встрѣчается, главнымъ образомъ, въ тяжелыхъ случаяхъ, когда прямая кишка такъ раздражена, что совершенно не переноситъ прикосновенія посторонняго тѣла, а реагируетъ сильными тенезмами на всякое введеніе клистирнаго наконечника. Въ случаѣ успѣха клистиръ ставится 2 -3 раза въ день.

Встрѣчаются и такіе больные, которые совсѣмъ не переносятъ клистировъ, а между тѣмъ успокаиваются отъ суппозиторіевъ съ опіемъ; Rp. Butyr. cacao ℈β —℈j extr. opii aq.

gr. $^1/_{12}$—$^1/_8$ M. f. Suppos. Dt. Dos. № 6, S. Вводить 2 раза въ день. Опій съ успѣхомъ можетъ быть замѣненъ кокаиномъ: Rp. Butyr. cacao ϶β—϶j cocaini muriat. gr. $^1/_2$ — j D. t. Dos № 6, S. Вводить 2 — 3 раза. Въ случаѣ выпаденія ani, выпавшая часть слизистой оболочки прямо смазывается мазью изъ кокаина Rp. Vaselini ℥β cocaini muriat. gr. X — XV. Кокаинъ довольно дорогъ, но въ виду приносимой имъ пользы, въ смыслѣ уменьшенія тенезмовъ и частоты позывовъ, небольшая затрата стоитъ того.

Въ самыхъ отчаянныхъ случаяхъ, когда не переносятся ни клистиры, ни суппозиторіи, когда позывы на стулъ почти постоянны, я видѣлъ пользу отъ введенія въ rectum кусочковъ льда.

Кусочекъ льда, величиной въ лѣсной орѣхъ, вводится за сфинктеръ и пока онъ таетъ тамъ, ягодицы сжимаются просто рукой. Черезъ 1 — 2 минуты вводится такимъ же образомъ 2-й кусочекъ, а потомъ 3-й и 4-й. Подъ вліяніемъ льда наступаетъ анестэзія слизистой оболочки и позывы на нѣкоторое время (на ½ часа или часъ) прекращаются, а когда они появляются снова, то опять прибѣгаютъ ко льду и т. д. въ теченіе 1—3 сутокъ, сначала чаще, а потомъ, смотря по результату, рѣже.

Ледъ въ видѣ суппозиторіевъ я считаю за *самое могучее симптоматическое средство противъ частыхъ испражненій и тенезмовъ*, но я не согласенъ съ Образцовымъ (Клин. газета 1882, № 12) и Demme, которые приписывали ему абортивное дѣйствіе при дизентеріи; нѣкоторые больные умираютъ, несмотря на энергичное введеніе кусочковъ льда, чуть не съ 1-го дня заболѣванія, но палліативное дѣйствіе проявлялось и въ этихъ отчаянныхъ случаяхъ.

Употребленіе льда показано въ самомъ остромъ періодѣ болѣзни, на 1-й нед., а позднѣе я совѣтую прибѣгать къ нему только въ случаяхъ дизентеріи, осложненныхъ выпаденіемъ кишки.

При явленіяхъ колляпса нельзя обойтись безъ возбуждающихъ, здѣсь показаны: вино, мускусъ, эфиръ, анисовыя капли, а изъ наружныхъ средствъ—горчичныя ванны.—Противупоказанъ—опій.

Груднымъ дѣтямъ всего лучше давать коньякъ, напр., ребенку 6—12 мѣсяцевъ по 15—20 копель на пріемъ разъ 6 въ сутки, ребенку 2—3 лѣтъ по ½ чайной ложечки, старшіе охотно пьютъ малагу или портвейнъ чайными и десертными ложками черезъ 2 часа.

Liq ammon. anis и эфиръ (liq anod. Hoff.) назначаются смотря по возрасту по 1—8 капель па пріемъ черезъ 2 часа по очередно съ виномъ; t-ra moschi по 4—20 капель черезъ 2 часа или Rp. Pulv. moschi orient gr $^1/_{12}$—$^1/_2$, Flor. bensoës gr $^1/_4$—1, sacch albi gr jjj. Mf pulv Dtdos № 12 S. Чер. 2 часа по порошку.

При холоданіи ногъ ихъ согрѣваютъ горячими бутылками.

Для приготовленія *горчичныхъ ваннъ* берутъ двѣ горсти горчицы (въ порошкѣ), зашитой въ холстяной мѣшокъ, и выжимаютъ его въ 3—4 ведерной ваннѣ 30° R., пока изъ него идетъ мутная житкость; ребенка держатъ въ ваннѣ до покраснѣнія кожи (минутъ 10—15), потомъ обливаютъ теплой водой, обсушиваютъ и завертываютъ въ теплыя одѣяла. Ванна повторяется, если ребенокъ начинаетъ снова холодать, 2—3 раза въ день.

Въ періодѣ хроническаго, каловаго *поноса* показаны различныя вяжущія внутрь и снаружи въ видѣ большихъ клистировъ и вливаній.

Изъ внутреннихъ средствъ время отъ времени приходится прибѣгать къ касторовому маслу, *если испражненія дѣлаются слишкомъ вонючи*, и развивается матеоризмъ. Послѣ слабительнаго въ теченіе нѣсколькихъ дней больной принимаетъ вяжущія съ опіемъ (при частыхъ испражненіяхъ или при боляхъ живота) или безъ него. Выборъ средствъ здѣсь очень большой; которое изъ нихъ лучше—сказать трудно, обыкновенно приходится переходить отъ одного къ другому. Всего чаще мы употребляемъ слѣдующія; при поносѣ, сопровождающемся повышеніемъ температуры, chininum tannicum отъ 1 гр. (ребенку 1—2 лѣтъ) до 3 гр. (реб. 6—8 л.) на пріемъ 3—4 раза въ день; въ другихъ случаяхъ: Rp. D-ti rad. colombo ex ʒj—jj ad ℥jjj, syr. simpl ʒjjj MDS. чер. 2 часа по чайн.—десер. ложкѣ (для дѣтей 1—5 лѣтъ). Rp. Argenti nitrici gr j,

äq. destil. ℥ij, syr. simpl ʒjj, DS. Чер. 2 часа по чайн. ложкѣ. Rp. Tannini gr vjjj, trae opii gtt vjjj, aq. dest. ℥jj, DS. 3 раза въ день по чайной или десер. ложкѣ, смотря по возрасту. (West). Такъ какъ опій съ танниномъ образуютъ въ растворѣ осадокъ, то лучше выписывать ихъ въ порошкѣ: Rp. Tannini gr. β, pulv op. gr $^1/_{20}$, sacchar. gr jjj, Dt. Dos № 20 s. По одному порошку 4 раза въ день (ребенку 2-хъ лѣтъ; старшимъ— въ пріемахъ вдвое и втрое большихъ). Блистательное дѣйствіе я видѣлъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ отъ слѣдующей смѣси: Rp Magister. bismuti gr jj—v, ferri lactici, pulv, Doweri āā gr $^1/_3$—j. Mfpulv. Dt. Dos. № 12. S. По 1 пор. 4 раза въ день (дѣтямъ 2—6 лѣтъ).

Къ числу хорошо дѣйствующихъ и пріятныхъ на вкусъ вяжущихъ средствъ относится и черника, которую даютъ дѣтямъ за обѣдомъ въ видѣ киселя, приготовленнаго на картофельной мукѣ или въ видѣ чая (дес. ложку сухихъ ягодъ на стаканъ кипятка). Въ нѣкоторыхъ затяжныхъ случаяхъ легкой формы дизентеріи, не уступавшихъ обычнымъ внутреннимъ средствамъ, я видѣлъ чрезвычайно быстрое прекращеніе поноса отъ черники; иногда уже на слѣдующей день черныя испражненія получали почти нормальную консистенцію.

Черничный кисель дѣйствуетъ лучше, чѣмъ чай.—Это народное средство, рекомендуется между прочимъ, и Henoch'омъ (Vorlesungen. 3. te Aufl. 1887 S. 500).

Въ хроническомъ періодѣ дизентеріи большую пользу приносятъ *клистиры*, но только не маленькіе, какъ въ острыхъ случаяхъ, а, напротивъ, большіе, именно въ видѣ вливаній посредствомъ Эсмарховской кружки.

Вливаніе производится при положеніи больного на спинѣ съ нѣсколько согнутыми бедрами (для разслабленія брюшной стѣнки); in anum вводится наконечникъ клистирной трубки, соединенный длиннымъ гуттаперчевымъ рукавомъ съ кружкой, въ которую наливается нужное количество вливаемой жидкости. Когда наконечникъ введенъ на высоту приблизительно двухъ дюймовъ, то подымаютъ кружку на 1 аршинъ выше постели больного и съ этой высоты заставляютъ жид-

кость медленно стекать въ кишки. Вливаніемъ большихъ количествъ жидкости въ кишечный каналъ желаютъ достигнуть двухъ цѣлей: во 1-хъ, промыть кишки и, во 2-хъ, дѣйствовать тѣмъ или другимъ лѣкарствомъ на больную слизистую оболочку на большемъ протяженіи или дезинфецировать содержимое кишекъ. Для первой цѣли можетъ служить простая вода, подогрѣтая до 26—28° R, для второй—вяжущія и противогнилостныя. Такъ какъ дѣти иногда очень скоро привыкаютъ къ вливаніямъ и надолго задерживаютъ въ себѣ влитую жидкость, то понятно, что введенное въ кишки лѣкарство можетъ всасаться и оказать общее дѣйствіе, а потому ядовитыхъ веществъ слѣдуетъ избѣгать, каковы, напр., столь часто употребляемые при поносѣ plumb acet, ac. carbolicum и др.

Количество вливаемой жидкости сообразуютъ съ возростомъ ребенка. Monti, спеціально занимавшійся вливаніями, рекомендуетъ громадныя количества; для новорожденныхъ 300—500 грм. ребенку до 4-хъ мѣсяцевъ—500—700 грм. послѣ 4 мѣсяцевъ, до года 500—1000—1200 грм. т. е. отъ $^1/_2$ до цѣлаго штофа. Такія количества годятся и для дѣтей старшаго возраста, но до 3-хъ лѣтъ я не вливалъ болѣе 3—4 стакановъ; дѣтямъ старшаго возраста Monti вливаетъ $2^1/_2$ литра (2 штофа).

Что прибавлять къ вливаемой жидкости? Для вливаній при хроническихъ катаррахъ кишекъ берутъ либо дезинфецирующіе растворы или вяжущіе; къ первымъ относятся изъ наиболѣе употребительныхъ—однопроцентные растворы natri benzoici и natr. salicyl., ко вторымъ таннинъ и квасцы (1% растворъ составитъ въ общемъ количествѣ 1—2 драхмы на каждое вливаніе). (Monti рекомендуетъ для тяжелыхъ случаевъ брать 2% растворы, что составитъ для $2^1/_2$ литровъ болѣе ʒj таннина!) Но и вышеприведенныя дозы, если они всосутся изъ кишекъ, нельзя считать совсѣмъ индифферентными для организма, а потому если введенная жидкость остается въ кишкахъ долѣе 10 минутъ, то я совѣтую обыкновенно, въ видахъ скорѣйшаго ея выведенія, массировать животъ по направленію ободошной кишки справа на лѣво.

Вливанія производятся одинъ разъ въ день въ теченіе многихъ дней подъ рядъ, а въ періодѣ улучшенія черезъ день.

Весьма важную роль при лѣченіи дизентеріи играетъ *діэта*. Въ остромъ періодѣ *грудныя дѣти* остаются при груди и не получаютъ никакой другой пищи, а для утоленія жажды имъ даютъ прохладный чай, едва подслащенный; въ случаѣ слабости—крѣпкій чай съ небольшой прибавкой коньяка (чайн. ложку на стаканъ чая).

Рожковыя дѣти (и дѣти до 2-хъ лѣтъ) могутъ продолжать питаться коровьимъ молокомъ только въ легкихъ случаяхъ слизистаго поноса, когда *нѣтъ рвоты*, и въ *испражненіяхъ незамѣтно бѣлыхъ свертковъ неперевареннаго молока*. Если поносъ не силенъ, рвоты нѣтъ, но *испражненія содержатъ остатки молока*, то необходимо уменьшить количество молока и давать его въ *разведенномъ* видѣ, напр., пополамъ съ ячменнымъ отваромъ или просто съ водой съ прибавкой соды. Въ случаѣ *рвоты* молоко совсѣмъ не переносится, тогда дня на два больного оставляютъ при *бѣлочной водѣ* и чаѣ, а потомъ переходятъ къ *мукѣ Нестли* (1 : 10), которую даютъ 4—6 разъ въ сутки, приготовляя отваръ всякій разъ снова. Если ребенокъ не съѣдаетъ порціи изъ столовой ложки муки, то всякій разъ приготовляютъ $^1/_2$ порціи и тогда даютъ эту пищу черезъ 2 часа.

Дѣтямъ старше двухъ лѣтъ въ остромъ періодѣ дизентеріи, при хорошемъ аппетитѣ, можно давать *молоко и бульонъ*. При плохомъ аппетитѣ молоко даютъ ложками черезъ часъ или два, а простой бульонъ замѣняютъ бутылочнымъ, который также назначается ложками.

Способъ приготовленія бутылочнаго или парового бульона состоитъ въ слѣдующемъ: $^1/_2$—1 фун. хорошей, но не *жирной* говядины или телятины разрѣзаютъ на мелкіе кусочки (чѣмъ мельче, тѣмъ лучше) и помѣщаютъ въ чистую, крѣпкую бутылку (изъ подъ шампанскаго) безъ воды, которую закуприваютъ не очень плотно (для избѣжанія разрыва бутылки) и ставятъ въ кастрюлю съ теплой водой. Постепеннымъ подогрѣваніемъ въ теченіе 35—40 м. вода въ кастрюлѣ доводится до кипѣнія и послѣ 10 минутнаго кипяченія бульонъ готовъ. Подъ вліяніемъ жара, мясо сжимается и даетъ изъ себя сокъ, который сливается и *не процеженный* прямо идетъ въ пищу, какъ прибавка къ обыкновенному бульону или per se.

Такъ какъ бутылки часто лопаются, то для приготовленія парового бульона

въ продажѣ существуютъ особаго рода оловянные котелки съ герметической крыжкой. Для приготовленія бульона въ такомъ котелкѣ, надо держать его въ кипящей водѣ 1—1½ часа.

Телячій бульонъ бываетъ желтаго цвѣта, говяжій—буроватаго; оба они очерь мутны, вслѣдствіе плавающихъ въ нихъ мелкихъ клочьевъ. Телячій бульонъ при комнатной температурѣ застываетъ въ желе.

Назначая бульонъ, надо соблюдать 2 условія: во 1-хъ, приготовлять его всякій день свѣжій и 2-хъ, давать понемногу за разъ, (чайн. десерт. или столовую ложку нѣсколько разъ въ день).

Если молоко плохо переносится, т. е. или вызываетъ рвоту или выходитъ отчасти непереваренымъ, то его всего лучше замѣнить кобыльимъ кумысомъ, если его можно достать, а если нѣтъ, то приходится прибѣгнуть къ молоку, разведенному ячменнымъ или рисовымъ отворомъ.

Въ періодѣ *хроническаго поноса* очень часто держатъ дѣтей на одномъ бульонѣ съ кусочкомъ бѣлаго хлѣба и такимъ образомъ подвергаютъ ихъ хроническому голоданію, при чемъ поносъ всетаки не проходитъ. Такая діэта при хроническомъ поносѣ совсѣмъ не годится ни для маленькихъ, ни для болѣе взрослыхъ дѣтей. Правило котораго я держусь, назначая діэту при хронич. поносѣ, состоитъ въ томъ, что непремѣнно нужно *перемѣнить пищу ребенку и назначить ему ту, къ которой онъ меньше привыкъ*, при чемъ новая пища можетъ быть даже менѣе легка и удобоварима, чѣмъ прежняя. Напримѣръ, у дѣтей 2 лѣтъ и старше, получавшихъ исключительно бульонъ, сплошь и рядомъ удается добиться блистательныхъ результатовъ назначеніемъ молока; въ другихъ случаяхъ быстрое прекращеніе поноса происходитъ подъ вліяніемъ муки Нестли (у дѣтей 1—2 лѣтъ) или кумыса и кефиря у старшихъ. По моему мнѣнію, *хроническій поносъ* составляетъ *самое настоящее показаніе для употребленія кумыса въ дѣтскомъ возрастѣ*.

Прежде большой славой при лѣченіи хроническихъ поносовъ пользовалось *сырое мясо*, въ настоящее время почти оставленное въ виду возможности зараженія солитеромъ. Это тоже пища совсѣмъ не привычная для ребенка. Противопоказано сырое мясо при лихорадочныхъ катаррахъ и при поносахъ у дѣтей до 9-ти мѣсяцевъ. Мелко изрубленное или

наскобленное сырое мясо даютъ или просто съ ложечки или съ супомъ. Всегда слѣдуетъ давать за разъ лишь небольшіе пріемы; начинаютъ, напр., для ребенка 2-хъ лѣтъ съ $^1/_2$ чайной ложечки раза 3—4 въ день и если мясо не выходитъ не переваренными, (его легко узнать по красноватому цвѣту), то увеличиваютъ пріемъ до 1—2 чайныхъ ложекъ.

Въ Москвѣ вмѣсто сырого мяса въ большомъ ходу свѣжевыжатый *мясной сокъ*. Дѣтямъ 2—3 лѣтъ его даютъ до унціи въ день, старшимъ по 2—3 унціи десертными или столовыми ложками per se или съ виномъ. Зараженія солитеромъ при немъ быть не можетъ, такъ какъ выжатый сокъ фильтруется черезъ бумагу и вату. Гдѣ нельзя достать прессованнаго сока, тамъ его замѣняютъ или бутылочнымъ бульономъ или сокомъ приготовленнымъ такъ: въ ступку кладутъ $^1/_2$ фунта не жирной и не жилистой говядины, изрѣзанной въ кусочки и кусокъ льду; прибавивъ нѣсколько капель соляной кислоты, все содержимое ступки растираютъ и разбиваютъ пестикомъ, до полнаго растворенія льда; тогда сокъ, смѣшанный съ водой, сливаютъ черезъ полотенце и пища для ребенка готова; ради вкуса можно ее посолить.

Еще одно правило: *начиная лѣченіе хроническаго поноса назначеніемъ новой пищи, необходимо прежде всего дать касторовагo масла*, чтобъ, по возможности, вывести изъ кишекъ прежнія загнившія испражненія.

Мнѣ остается сказать еще нѣсколько словъ о лѣченіи наиболѣе частыхъ осложненій дизентеріи, именно *выпаденія recti и паралича сфинктера*. И то и другое происходитъ подъ вліяніемъ тенезмовъ и жиленія, слѣдов., прежде всего необходимо причинное лѣченіе, о которомъ было говорено выше. Вмѣстѣ съ прекращеніемъ поноса исчезаетъ и параличъ сфинктера, такъ что спеціальнаго лѣченія это непріятное осложненіе не требуетъ; но prolapsus recti иногда остается въ видѣ самостоятельнаго страданія.

Въ сравнительно легкихъ случаяхъ хорошо помогаютъ клистиры изъ таннина (2%) въ количествѣ 1—2 унцій въ подогрѣтомъ видѣ и съ прибавкой 2—4 капель опія, но необходимымъ условіемъ лѣченія должно быть соблюденіе пра-

вила: отнюдь *не испражняться сидя*, *а непремѣнно или лежа или стоя*, такъ какъ только при этомъ условіи можно избавить больного отъ ежедневнаго выпаденія кишки и дать время таннину подѣйствовать на разслабленныя ткани тонизирующимъ образомъ.

Въ болѣе упорныхъ случаяхъ Henoch рекомендовалъ подкожныя инъекціи въ окружность ani стрихнина ($^1/_{120}$ гр.) или ergotinum ($^1/_3$—1 гр.), отъ которыхъ, впрочемъ, въ послѣднемъ изданіи своихъ лекцій онъ не приходитъ уже въ восторгъ. Если выпаденіе кишки неуступаетъ вышеприведеннымъ средствамъ, то остается прибѣгнуть къ оперативному лѣченію, выходящему изъ сферы моей компетенціи.

Resumé. Если ребенокъ заболѣваетъ дизентеріей средней силы, т. е. протекающей съ небольшимъ лихорадочныхъ состояніемъ, при чемъ бываетъ отъ 12 до 20 слизистыхъ испражненій, съ жиленіемъ и болью живота, то больной укладывается въ постель и получаетъ только жидкую пищу—бульонъ, молоко, чай. Онъ долженъ мараться лежа, на подкладной стулъ, при чемъ испражненія немедленно смѣшиваются съ $^1/_{10}$% растворомъ сулемы. Лѣченіе состоитъ далѣе въ согрѣвающемъ компрессѣ на животъ и внутрь ol ricini, а потомъ слизистая или маслянистая эмульсія съ опіемъ. Если касторовое масло не вызвало каловаго стула, то пріемъ его повторяется на слѣдующій день.

Если, несмотря на слабительное, тенезмы и частыя испражненія остаются въ прежней силѣ или даже усиливаются, то, продолжая прежнія средства, назначаютъ еще небольшіе, теплые крахмальные клистиры съ опіемъ, а если они не переносятся, то свѣчки съ опіемъ или кокаиномъ. Если и это не помогаетъ или если съ самаго начала тенезмы чрезвычайно сильны и позывы безпрерывны, то вводятся in rectum кусочки льда.

Если животъ очень чувствителенъ къ давленію, такъ что можно предполагать ограниченный перитонитъ, то піявки на мѣсто боли, въ количествѣ столькихъ штукъ, сколько ребенку лѣтъ. Симптомы начинающагося колляпса не составляютъ противопоказанія для приставленія піявокъ, такъ какъ кол-

ляпсъ при дизентеріи зависитъ не столько отъ истощенія вслѣдствіе „потери соковъ", сколько отъ раздраженія органовъ живота и потому послѣ піявокъ больной нерѣдко дѣлается даже бодрѣе.

При начинающемся колляпсѣ показаны возбуждающія, въ особенности крѣпкій горячій чай съ коньякомъ, мускусъ, liq. ammon. anis. и др.

При переходѣ остраго періода въ хроническій — съ діэтой можно быть смѣлѣе; старшимъ дѣтямъ можно дать, наприм., котлету, не дожидаясь прекращенія поноса, если только они усиленно просятъ ѣсть. Въ этомъ періодѣ особенно примѣнимъ кумысъ и хорошо приготовленный кефиръ, а такъ же мясной сокъ.

Медикаментозное лѣченіе состоитъ въ назначеніи время отъ времени кастороваго масла (если испражненія дѣлаются вонючи) и вяжущихъ, въ особенности ляписа и молочно-кислаго желѣза съ висмутомъ. Изъ наружныхъ средствъ — вливанія большихъ количествъ дезинфецирующихъ или вяжущихъ растворовъ. Если поносъ отличается перемежающимся характеромъ, то хининъ.

При prolapsus recti — лежачее положеніе при дефекаціи и небольшіе теплые клистиры съ танниномъ.

Противъ затрудненнаго мочеиспусканія помогаютъ всѣ средства, рекомендованныя для ослабленія тенезмовъ, въ особенности касторовое масло. Большую пользу приносятъ также припарки на низъ живота и общія теплыя ванны.

ОПЕЧАТКИ:

Стран.	*Строка.*	*Напечатано:*	*Должно быть:*
40	10 сверху	оболочекъ. Скарла-	оболочекъ. (конецъ строки)
59	14 »	вызывоетъ;	вызываетъ
71	14 »	glamerulo	glomerolo
110	14 »	lig.	liq
124	7, 11, 17, 21 св.	пятнушко	пятнышко
125	21, 27 сверху	пятнушко	пятнышко
129	17 сверху	4⁰/₀	40⁰/₀
131	4 снизу	какатарра	катарра
—	3 »	уха	ухо
136	11 »	другити	другими
140	4 »	всегда	почти всегда
147	1 »	звука и	звука
170	19 »	Zydenham	Sydenham
201	5 сверху	не что	ни что
—	12 »	человѣчеекой	человѣческой

Filatoff (N.)

ЛЕКЦІИ

ОБЪ

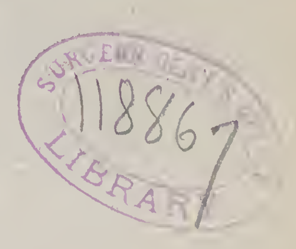
ОСТРЫХЪ ИНФЕКЦІОННЫХЪ БОЛѢЗНЯХЪ

У ДѢТЕЙ.

Выпускъ II.

Нила Филатова,

привать-доцента дѣтскихъ болѣзней въ Москов. университетѣ и ординатора Московской дѣтской больницы.



МОСКВА. 1887.

Складъ изданія въ книжномъ магазинѣ А. Лангъ.

ВЪ КНИЖНОМЪ МАГАЗИНѢ

АЛЕКСАНДРА ЛАНГЪ

на Кузнецкомъ мосту, гдѣ магазинъ Русскихъ Издѣлій,

ПРОДАЮТСЯ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:

Адамюкъ, Е. Практическое руководство къ изученію болѣзней глаза. Томъ I, часть 1-я. Ц. 3 руб.

Бобровъ, А. Руководство къ изученію хирургическихъ повязокъ (десмургія) съ 113 рисунками. 1882. Ц. 1 р. 50 к.
— Вывихи и переломы, выпускъ 1-й. Вывихи. 1884. Ц. 1 р. 40 к.
— Исторія ампутацій и консерватизма въ хирургіи конечностей. Ц. 30 к.

Вундтъ, В. Основанія физіологической психологіи. Выпускъ I. Перевелъ и дополнилъ по новѣйшимъ изслѣдованіямъ Викторъ Кандинскій. Ц. 3 р. Выпускъ II. Ц. 3 р. 50 к.

Генле. Очеркъ анатоміи человѣка, съ атласомъ Ц. 10 р.

Зерновъ, Л. Индивидуальные типы мозговыхъ извилинъ у человѣка съ 74 рисунками. 1877. Ц. 1 р. 25 к.
— Руководство анатоміи нервной системы человѣка (неврологія). 2-е дополненное изданіе. Ц. 1 р. 75 к.

Кандинскій, В. Общепонятные психологическіе этюды Ц. 1 р. 75 к.

Ковалевскій, П. И. Курсъ частной психіатріи. Ц. 2 руб.
— Судебно-психіатрическіе анализы. 2 тома. Ц. 4 руб. 50 коп.
— Первичное помѣшательство. Ц. 1 руб. 50 коп.
— Руководство къ правильному уходу за душевно-больными. Ц. 50 коп.

Крюковъ, А. Таблицы и шрифты для опредѣленія зрѣнія Ц. 1 р. 50 к.

Лейкартъ, Р. Общая естественная исторія паразитовъ въ особенности тѣхъ видовъ, которые встрѣчаются въ человѣкѣ. Редакція перевода Николая Зографъ, съ 124 политипажами. Ц. 2 руб.

Льюисъ, Д. Г. Изученіе Психологіи. Продолженіе «Вопросовъ о жизни и духѣ». Редакція перевода и этюдъ «Льюисъ, какъ психологъ». П. Д. Боборыкина. Ц. 1 руб. 50 коп.

Макадамъ, Стэв. Практическая химія. Переводъ подъ редакціей профес. А. Д. Булыгинскаго. Ц. 1 руб.

Мейнертъ, Т. Механика душевной дѣятельности. Переводъ Виктора Кандинскаго. Ц. 40 коп.

Д-ръ Пружанская, М. О. Матеріалы для исторіи медиц. прошлаго женщины. Ц. 75 коп.

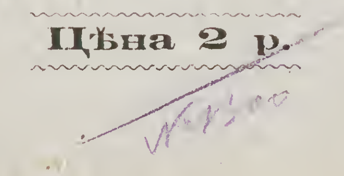
Сказка про Щелкуна и Мышинаго Царя. Перев. С. В. Флерова, рисунки акад. Маковскаго. Ц. 2 руб. 50 коп.

Филатовъ, Н. Клиническія лекціи о распознаваніи и лѣченіи катарровъ кишекъ у дѣтей, въ особенности у грудныхъ. Изданіе второе, дополненное. Ц 50 к.
— Лекціи объ острыхъ инфекціонныхъ больныхъ. Вып. I. 1885. Ц. 2 р.

Шимковъ, А. П. Курсъ опытной физики. Часть I. Общая физика и акустика. Изданіе 2-е. Ц. 2 руб 50 коп.
— Часть 2-я. О свѣтѣ. Изданіе 2-е Ц. 2 руб.

Штрюмпель, Д-ръ Ад. Руководство къ частной патологіи и терапіи внутрен. болѣзней для врачей и студентовъ. Томъ I. Ц. 4 руб.
— Томъ II. Часть 1-я. Ц. 2 руб. 25 коп.

Цѣна 2 р.



BOUND BY HNM

NOV 2 1959